



N° 1111

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 9 octobre 2003.

AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET
SOCIALES SUR LE PROJET DE **loi de finances pour 2004** (n° 1093)

TOME XI

SANTÉ ET PERSONNES HANDICAPÉES

SANTÉ

PAR M. MICHEL HEINRICH,

Député.

Voir le numéro : 1110 (annexe n° 38).

Santé et protection sociale

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I.- ANALYSE DES CRÉDITS DEMANDÉS POUR LE BUDGET DE LA SANTÉ EN 2004	7
A. LES GRANDES ÉVOLUTIONS DU BUDGET 2004 DE LA SANTÉ SOULIGNENT LA PRIORITÉ ACCORDÉE À LA RÉNOVATION DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE	8
1. Il est nécessaire de dynamiser et de rationaliser le paysage des agences sanitaires.....	8
2. Le projet de budget met en place une politique de prévention efficace	8
3. Le projet augmente les moyens consacrés à la formation des professionnels de santé	9
a) <i>Les professionnels paramédicaux</i>	9
b) <i>La formation initiale des professions médicales et pharmaceutiques</i>	9
c) <i>L'organisation de la formation médicale continue</i>	9
B. LA LUTTE CONTRE DEUX FLÉAUX SANITAIRES FAIT L'OBJET D'UN EFFORT PARTICULIER : LA TOXICOMANIE ET LE CANCER	10
1. La lutte contre le cancer déclarée « impératif national » trouve un financement à sa mesure	10
2. La lutte contre la toxicomanie est poursuivie et amplifiée	10
C. PROMOUVOIR L'ACCÈS AUX SOINS GRÂCE AU VOLET ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE	11
II.- LE PLAN BIOTOX OU COMMENT PRÉVOIR L'IMPRÉVISIBLE	13
A. LA MENACE CONSTITUÉE PAR LES ATTENTATS DE TYPE BIOLOGIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE REMET EN CAUSE LES SCHÉMAS DE PENSÉE ET D'ORGANISATION.....	13
1. La menace « Biotox » pose des questions de nature politique	14
2. Le risque est différencié.....	15
a) <i>Les agents toxiques susceptibles d'être utilisés à des fins terroristes</i>	15
b) <i>Les scénarios envisagés</i>	16
B. LA RÉPONSE FRANÇAISE.....	16
1. La France a considérablement renforcé son dispositif.....	16
a) <i>Les services du ministère de la santé ont été mobilisés</i>	16
b) <i>Les actions mises en œuvre participent d'une démarche intégrée, de la prévention au développement de plans de crise</i>	17
c) <i>La France mène également des actions de coopération internationale dans ce domaine</i>	19

2. Les recommandations incitent à fournir un effort « tous azimuts »	20
<i>a) Il faut remédier aux dysfonctionnements en matière de veille et d'alerte sanitaire....</i>	20
<i>b) Il faut intensifier les efforts de communication et de formation.....</i>	21
<i>c) Il est nécessaire de développer la recherche en matière de bioterrorisme</i>	21
<i>d) Une meilleure coordination est indispensable</i>	22
<i>e) Il est nécessaire de renforcer les équipements sanitaires susceptibles d'être utilisés en cas de crise</i>	22
C. LE PROJET DE LOI RELATIF À LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE COMPORTE DES DISPOSITIONS « BIOTOX »	23
1. Le projet de loi crée un fonds budgétaire dédié à la gestion des crises sanitaires.....	23
2. Le projet accroît la surveillance des micro-organismes	24
D. LES CRÉDITS POUR 2004 PRENNENT EN COMPTE LA PRIORITÉ BIOTOX	24
1. Les crédits de la lutte contre le bioterrorisme ont connu une croissance régulière depuis 2001	25
<i>a) Le 11 septembre 2001 a marqué un tournant</i>	25
<i>b) Le financement est assuré en 2002 et 2003.....</i>	25
2. La lutte contre le risque bioterroriste est devenue une priorité sanitaire du gouvernement	25
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	27
ANNEXE : PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR POUR AVIS.....	29

INTRODUCTION

Au sein du budget du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, les crédits de la santé se répartissent en trois agrégats : l'agrégat « santé publique et sécurité sanitaire », d'un montant de 321,858 millions d'euros, l'agrégat « offre de soins et accès aux soins », auquel seront affectés 1 154,002 millions d'euros et une partie de l'agrégat « gestion des politiques de santé et de solidarité », d'un montant global de près de 1 011,413 millions d'euros. Une partie du présent avis sera consacré à une brève analyse des crédits 2004.

Le rapporteur souhaite ensuite consacrer de plus longs développements à la gestion des risques exceptionnels et à la suite du plan Biotox. Ses investigations se concentreront sur les seuls organismes concernés par les dotations inscrites sur les crédits de la santé, en écartant du périmètre de l'étude les nombreuses autres structures publiques impliquées dans la gestion de ce type d'incidents, particulièrement les services du ministère de l'intérieur, du ministère de la défense et du secrétariat général de la défense nationale (SGDN)¹.

Les attentats terroristes intervenus le 11 septembre 2001 ont surpris le monde entier par leur ampleur et leur coordination, laissant ouverte la question de la capacité de certains groupes terroristes à préparer des attentats nucléaires ou bioterroristes. Quelques mois plus tard, des enveloppes contenant de la poudre blanche (dans certain cas cette poudre étant identifiée comme de l'anthrax) sont envoyés aux Etats-Unis et en France. Un an après cet épisode, toujours pas élucidé, des dépêches de presse font état d'une grippe atypique dans la province du Guangdong (République Populaire de Chine) : en mars 2003, l'alerte mondiale au syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) est déclenchée. La bonne gestion de l'épidémie par les autorités sanitaires évite toute contamination sur le sol français.

Ces exemples montrent que la politique de santé publique est entrée depuis peu dans une nouvelle dimension, celle de la sécurité civile. Cette novation a conduit les responsables sanitaires nationaux, « *absolument pas préparés* », selon leur propre expression, lors de l'attaque de septembre 2001, à élaborer des plans de réaction à de tels évènements.

¹ A noter qu'un rapport d'information déposé le 30 septembre 2003 par la commission de la défense nationale et des forces armées en application de l'article 145 du Règlement et présenté par M. Pierre Lang, député, porte sur le bioterrorisme.

Est-il besoin de souligner l'importance extrême de la nécessité de se préparer au mieux contre une attaque menée avec des armes de destruction massives de type biologique ou chimique, attaque dont beaucoup d'experts considère la probabilité à court ou moyen terme comme certaine ? L'extrême virulence des agents toxiques susceptibles d'être mis en œuvre est inquiétante, et les modèles utilisés chiffrent le nombre de victimes civiles en milliers. Quels sont ces plans ? Comment s'organise la réponse sanitaire ? Quels sont les acteurs concernés ? Quel est le financement de ces plans ? Est-il suffisant ? Peut-on mieux faire ?

I.- ANALYSE DES CRÉDITS DEMANDÉS POUR LE BUDGET DE LA SANTÉ EN 2004

La section *Santé, famille, personnes handicapées et solidarité*, soit 11,177 milliards d'euros au total, peut être décomposée en trois parties : les crédits relatifs à la solidarité (agrégats « développement social » et « intégration et lutte contre les exclusions »), les crédits relevant exclusivement du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées M. Jean-François Mattei et les crédits relatifs à la gestion des politiques de santé et de solidarité, (rassemblés dans l'agrégat dit « agrégat support ») qui dépendent de M. Mattei et M. Fillon.

Le budget 2004 du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées (crédits de gestion des politiques de santé et de solidarité exclus) s'élève à 8,593 milliards d'euros, soit une progression de 185 millions (+ 2,2 %) par rapport au budget voté de 2003.

En intégrant les crédits de gestion des politiques de santé et de solidarité, le budget du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées s'élève à 9,605 milliards d'euros, soit une augmentation de 2 %.

Le budget de la santé s'inscrit dans la perspective de réforme de la politique de santé publique, priorité déjà identifiée en mai dernier lors de l'adoption en conseil des ministres du projet de loi relatif à la politique de santé publique et dont la crise sanitaire née de la canicule a souligné la nécessité. Ce projet de loi a été adopté en première lecture par l'Assemblée nationale au début du mois d'octobre dernier.

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

Le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées s'est engagé dans la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF). Le passage d'une culture de moyens à une culture de résultats et le développement de l'autonomie et de la responsabilité de chaque gestionnaire dans un cadre pluriannuel constituent un défi majeur pour le ministère. Dans le cadre du projet de loi de finances pour 2004, le programme « *Santé publique-prévention* » de la mission « *politique de santé* » est présenté à titre de préfiguration de ce que sera demain l'ensemble des « *projets de performance* ».

Le ministère s'est doté d'une structure de missions et programmes, commune avec le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, en cohérence avec les agrégats du projet de loi de finances pour 2004. Dans le champ du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, la structure développée au titre de la LOLF comporte aujourd'hui sept programmes. A l'exclusion de l'agrégat « gestion des politiques de santé et de solidarité », chaque agrégat devrait prochainement céder la place à deux programmes dans la mise en œuvre de la LOLF.

A. LES GRANDES ÉVOLUTIONS DU BUDGET 2004 DE LA SANTÉ SOULIGNENT LA PRIORITÉ ACCORDÉE À LA RÉNOVATION DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

La canicule a mis en évidence des carences en matière de veille sanitaire. Il faut disposer d'une meilleure évaluation des risques sanitaires adossée à un système de veille efficace, mettre en place des programmes d'action et des structures adaptées afin de renforcer le dispositif de gestion des crises, et enfin mieux assurer l'information et l'éducation sanitaire des professionnels et du public. Des dispositions adoptées dans le cadre de la discussion du projet de loi relatif à la politique de santé publique ont procédé aux modifications législatives nécessaires, et les crédits prévus dans le budget 2004 sont à la hauteur de ces objectifs.

1. Il est nécessaire de dynamiser et de rationaliser le paysage des agences sanitaires

Près de 75,3 millions d'euros seront destinés aux agences de veille et de sécurité sanitaires, et 35 emplois nouveaux sont inscrits pour consolider le dispositif des agences.

Le gouvernement poursuit également un objectif de rationalisation du maillage des agences sanitaires, objectif que le rapporteur salue. Ainsi, le projet de loi relatif à la bioéthique prévoit que l'Agence de la biomédecine se substituera à l'EFG (Établissement français des greffes), avec un champ de compétences étendu à la greffe, à la médecine de procréation et à la génétique. Selon les informations fournies par le gouvernement, cette nouvelle agence devrait dans un deuxième temps fusionner avec l'AFSSAPS.

En matière de risques sanitaires et de santé environnementale (chapitre doté de 19,4 millions d'euros), le projet de loi de finances pour 2004 prévoit la mise en place de programmes de prévention spécifiques (lutte contre la tuberculose notamment) ainsi que le renforcement des structures d'expertise et d'alerte (dont les centres nationaux de référence qui ont fait une démonstration de leur savoir-faire dans la crise du SRAS).

2. Le projet de budget met en place une politique de prévention efficace

La hiérarchisation des actions de prévention pour 2004 a été établie à partir des cent objectifs prévus dans le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique.

Les crédits budgétaires alloués à la politique de prévention s'élèvent à 189 millions d'euros en 2004. Ils sont principalement destinés au financement d'actions en matière de lutte contre l'alcool et le tabac. Ils se concentrent aussi sur plusieurs pathologies, au premier rang desquels le cancer et le SIDA. Des actions de prévention spécifiques sont également prévues dans les domaines de la santé mentale, du suicide ou des traumatismes par accident.

La détermination des objectifs de performance en matière de prévention s'inscrit dans la réforme de la loi organique relative aux lois de finances. En effet, les actions relevant de la prévention ont été érigées en « programme expérimental » au sens de la LOLF. En outre, la nomenclature a été modifiée afin de rassembler dans un même chapitre les crédits de ce programme (39-01). Sont ainsi joints au programme « santé publique – prévention » des premiers éléments préfigurant le projet annuel de performance. Pour le PLF 2005, l'ensemble des programmes sera présenté de cette façon en attendant une entrée en vigueur complète de la nouvelle présentation budgétaire pour le PLF 2006.

3. Le projet augmente les moyens consacrés à la formation des professionnels de santé

a) Les professionnels paramédicaux

Pour répondre au déficit démographique des professions de santé, le quota des élèves infirmiers est passé de 26 436 à 30 000 en 2003, soit une augmentation de 13,7 %. Ce quota sera maintenu en 2004.

Pour tenir compte de la hausse du quota des élèves infirmiers et accompagner l'effort demandé à l'appareil de formation, des moyens supplémentaires sont prévus pour subventionner les instituts et écoles privés de formation de professionnels paramédicaux (27,96 millions d'euros en 2004, soit une augmentation de 16 % par rapport à 2003).

Les instituts de formation publics sont quant à eux financés par les crédits des régimes de l'assurance maladie. Parallèlement, les crédits permettant de financer les bourses des étudiants suivant les formations paramédicales ou de sages-femmes seront augmentés.

b) La formation initiale des professions médicales et pharmaceutiques

Il s'agit d'abord de financer les stages dans des organismes extra-hospitaliers pour les étudiants en médecine, en pharmacie et en odontologie (370 internes par an) ainsi que et le stage de six mois obligatoire effectué au cours des cursus des résidents (1 800 résidents par an). L'effort du ministère représente 46 millions d'euros en 2004. Le budget finance également l'année recherche de l'internat de médecine et de pharmacie pour les internes qui effectuent une formation à la recherche en préparant un diplôme d'études approfondies (250 internes par an). Un montant de 5,45 millions d'euros est prévu.

c) L'organisation de la formation médicale continue

4,7 millions d'euros sont inscrits afin de financer le fonctionnement des conseils nationaux et des conseils régionaux.

B. LA LUTTE CONTRE DEUX FLÉAUX SANITAIRES FAIT L'OBJET D'UN EFFORT PARTICULIER : LA TOXICOMANIE ET LE CANCER

1. La lutte contre le cancer décrétée « impératif national » trouve un financement à sa mesure

Le Président de la République, le 14 juillet 2002, a fait de la lutte contre le cancer un « *chantier* » de son quinquennat. Le budget finançant le plan de lutte contre le cancer s'élève, en 2004, à plus de 59 millions d'euros, dont 18 millions de mesures nouvelles.

Ces crédits permettront d'abord d'étendre à tout le territoire le programme de dépistage organisé du cancer du sein¹. Des efforts sont également entrepris pour le dépistage du cancer de l'utérus et du cancer colorectal. Ensuite, le gouvernement a décidé de poursuivre la lutte contre les principaux facteurs de risques responsables des cancers, en particulier le tabac et l'alcool. Cette politique s'est déjà traduite par une baisse sensible de la vente des cigarettes (moins 8 % depuis le début de l'année). Le plan de lutte contre le cancer prévoit également de développer un système d'information à destination des patients et des familles : il s'agit du numéro d'appel national « *Cancer info services* » et d'un site Internet. Les crédits engagés à ce titre soutiendront également les associations nationales et les actions de formation professionnelle.

Enfin, les crédits de la santé contribuent à la mise en place d'un Institut national du Cancer, à hauteur de 11 millions d'euros. Cet institut, dont la création est prévue par l'article 15 du projet de loi relatif à la politique de santé publique, a pour mission de veiller à la mise en œuvre et au bon déroulement du plan cancer, dans une approche intégrée couvrant tous les champs de la lutte contre cette maladie, de la prévention au soin. Dans le domaine de la recherche, il doit aussi renforcer le potentiel de l'INSERM et du CNRS, en aidant, notamment, à la structuration régionale des cancéropôles.

Il est à noter que des mesures relatives à l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer (organisation des soins, traitements) sont également financées par l'assurance maladie (100 millions d'euros en 2004).

2. La lutte contre la toxicomanie est poursuivie et amplifiée

La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) est le pivot de la politique interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Sa dotation budgétaire pour 2004 atteint un montant de 38 millions d'euros. Dix millions d'euros seront consacrés au financement de dispositifs nouveaux dans le cadre d'une nouvelle politique de lutte contre la toxicomanie.

La mission aura trois axes d'action.

Elle mènera tout d'abord une action de prévention en direction prioritaire des jeunes. Elle collaborera avec le ministère de l'éducation afin de renforcer l'application de la « loi Evin » en milieu scolaire. Elle favorisera également la création de lieux de consultations pour les jeunes usagers et leur famille. Une action de communication sera

¹ Ce programme fait l'objet d'un examen dans le cadre de l'Office parlementaire des politiques de santé (OPEPS).

menée à destination du grand public afin de rappeler le caractère illégal de l'usage des stupéfiants, en accord avec les évolutions de la réforme de la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses. Enfin la mission consolidera le dispositif de prise en charge et de soins, qu'il s'agisse du dispositif de consultations précoces ou d'une orientation sanitaire.

C. PROMOUVOIR L'ACCÈS AUX SOINS GRÂCE AU VOLET ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

Le dispositif de la CMU permet l'accès d'un grand nombre de personnes à une couverture complémentaire, couverture aujourd'hui majoritairement assurée par les régimes obligatoires pour le compte de l'Etat. Le gouvernement a la volonté de rééquilibrer le dispositif en permettant aux bénéficiaires d'être davantage pris en charge par les organismes complémentaires. C'est la raison pour laquelle deux mesures sont prévues en ce sens.

Le projet de loi de finances pour 2004 prévoit de porter la déduction accordée aux organismes complémentaires à 300 euros par an (initialement fixée à 228 euros par an, cette déduction a été réévaluée à 283 dans la loi de finances pour 2003). Le montant de la déduction accordée aux organismes complémentaires doit être suffisant pour assurer une gestion des bénéficiaires du dispositif dans des conditions économiquement équilibrées. Le projet de loi prévoit également que le fonds de financement de la CMU complémentaire allouera aux régimes obligatoires une dotation par bénéficiaire d'un montant égal à la déduction accordée aux organismes complémentaires. Cela permet de mettre les organismes complémentaires et les régimes obligatoires sur un pied d'égalité pour la gestion de cette prestation.

Enfin, pour tenir compte du coût des soins plus important dans les départements d'outre-mer et pour rétablir l'équité entre la métropole et les DOM, le gouvernement a décidé de majorer dans les DOM le plafond de ressources de la CMU complémentaire de 10,8 % par rapport au plafond applicable en métropole. Cette majoration est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2003. Son coût, financé par les crédits du ministère de l'outre-mer, est estimé en année pleine à 50 millions d'euros.

II.- LE PLAN BIOTOX OU COMMENT PRÉVOIR L'IMPRÉVISIBLE

La gestion des risques exceptionnels consiste à gérer en urgence des situations ne pouvant être maîtrisées grâce aux moyens habituellement disponibles. Ces risques concernent des événements de survenue imprévue ou brutale, inhabituels et impliquant des dégâts, des destructions ou un impact sanitaire (réel ou potentiel) important. Ils appellent une réponse urgente et une protection collective des populations. La survenue de ces risques est imprévisible, mais la gestion de leurs conséquences peut faire l'objet d'une certaine anticipation. La priorité est la protection et la sauvegarde des populations touchées.

Le plan Biotox, rendu public le 5 octobre 2001 et destiné à permettre de faire face à des actes de terrorisme utilisant des substances biologiques, illustre la préparation, très en amont, de la gestion d'une situation exceptionnelle. Ce plan d'intervention spécialisé s'intègre dans le dispositif global de prévention et de lutte contre le terrorisme, dispositif intégrant le plan Vigipirate, les différents plans d'interventions spécialisés (« Piratox », « Piratome », « Piranet »), les circulaires définissant les premières actions à mener au niveau gouvernemental et les dispositions de prise en charge et d'aide aux victimes.

Le plan Biotox est décliné au niveau de chaque ministère. En ce qui concerne le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, il prévoit, pour chaque agent biologique susceptible d'être utilisé à des fins terroristes, les mesures de prévention, de lutte, de limitation de l'exposition et de communication en direction des populations. Les mesures à mettre en œuvre et les acteurs responsables de ces mesures sont précisément identifiés dans le plan en fonction des différents scénarios d'attentat. Une spécificité du plan Biotox est la prise en compte du risque d'extension d'une épidémie par le caractère contagieux de certains agents pouvant être utilisés pour ces attentats.

Après avoir dressé un bref tableau de la menace, le rapporteur fera le point sur les modalités actuelles d'organisation de la réponse sanitaire et présentera les recommandations correspondantes. Cette description sera suivie d'une analyse portant sur les aspects strictement budgétaires de la question.

A. LA MENACE CONSTITUÉE PAR LES ATTENTATS DE TYPE BIOLOGIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE REMET EN CAUSE LES SCHÉMAS DE PENSÉE ET D'ORGANISATION

A l'issue de la première guerre mondiale, l'épidémie de grippe espagnole a provoqué environ 20 millions de décès en Europe. Après cette épidémie et les succès de la lutte contre la tuberculose, la menace sanitaire constituée par les maladies infectieuses semble perdre en acuité. Ainsi, la variole est déclarée éradiquée.

Or, depuis quelques années, les scientifiques constatent le retour des menaces liées aux pathologies infectieuses, en raison notamment de l'apparition de maladies hautement contagieuses (exemple du syndrome respiratoire aigu sévère dit SRAS) et de la possibilité d'attaques bioterroristes utilisant des vecteurs biologiques très contagieux. Cette évolution emporte comme conséquence que le risque bioterroriste ne peut pas être

géré de manière totalement indépendante de l'émergence de ces nouveaux risques sanitaires. L'apparition du SRAS a d'ailleurs été interprétée par certains, à son début, comme une attaque bioterroriste.

L'application du traité de non-prolifération des armes biologiques signé en 1972 (convention sur l'interdiction des armes biologiques et à toxines), n'a pas fait l'objet de la surveillance nécessaire, notamment dans les nations situées à l'Est du rideau de fer. Ainsi, selon le rapport du professeur Didier Raoult¹, il semble que l'ex-URSS ait constitué des stocks considérables de virus de la variole, et que le suivi de la totalité de ces lots de virus n'ait pas été possible. Beaucoup de spécialistes s'accordent pour constater qu'il est techniquement assez facile et relativement peu coûteux de produire des bactéries et des virus.

La prise de conscience par les autorités publiques sanitaires nationales de l'ampleur de la menace terroriste de type biologique, bactériologique est très récente. Elle date de septembre 2001. Avant cette date, peu avait été fait pour analyser la menace et préparer des scénarios de réponse. En particulier, la formation des professionnels de santé – et particulièrement des spécialistes en santé publique et des épidémiologistes – ne prenait pas en compte, par exemple, l'éventualité d'une épidémie introduite de manière intentionnelle dans une population. Sur ce point, la France était en retard par rapport aux Etats-Unis, où la création des *Centers for diseases control* (CDC) avait notamment répondu à la crainte d'une attaque bioterroriste pendant la guerre froide.

Le but recherché par d'éventuels terroristes peut être de causer des dommages sanitaires maximaux (en termes de mortalité et de morbidité). Cependant, dans la mesure où il est possible d'analyser leurs motivations, les terroristes pourraient aussi souhaiter créer un choc psychologique afin, le cas échéant, de provoquer une déstabilisation politique. L'exemple de l'alerte à l'anthrax constitue un bon exemple. Si 10 000 enveloppes contenant de la poudre blanche sont envoyées par courrier, et si une seule contient du charbon, le risque sanitaire est faible. Cependant, d'une part le choc psychologique est important et suscite la crainte des populations. D'autre part, la désorganisation des services sanitaires, en particulier des services d'alerte et de surveillance, peut être grande et accroître les dégâts d'une attaque ultérieure.

1. La menace « Biotox » pose des questions de nature politique

Même si elle fait appel à un arsenal de mesures techniques (détection, mesures technique d'isolement ...), la lutte contre les attentats bioterroristes pose des problèmes authentiquement *politiques*.

En effet, la lutte contre la menace bioterroriste peut conduire à restreindre l'exercice des libertés publiques : ainsi, comment procéder aux mesures d'isolement des individus déjà contagieux ? Comment organiser les procédures de quarantaine ? De manière générale, la lutte contre ce risque est susceptible de faire appel à des mesures de protection collectives pouvant revêtir un caractère obligatoire (vaccination par exemple), ce qui va à l'encontre du consumérisme médical croissant et de l'individualisme des populations des pays industrialisés.

¹ Rapport de mission du professeur Didier Raoult, de la faculté de médecine de Marseille (pré-rapport le 2 avril et rapport définitif le 17 juin 2003)

En outre, la réponse au risque Biotox, compte tenu des effets potentiellement dévastateurs d'une attaque bioterroriste, met directement en cause la responsabilité de l'Etat. Il s'agit d'une prérogative quasi-régaliennne, où des enjeux de sécurité civile menacent la vie de milliers de personnes. Ni les collectivités territoriales, ni les acteurs privés ou associatifs ne peuvent développer à eux seuls une réponse intégrée et structurée au risque bioterroriste. Ces questions ont trouvé une réponse dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 14 octobre dernier (*cf. infra*). Le projet réaffirme le rôle de l'Etat et son rôle central en matière de gestion des crises et un article du projet prévoit des dispositions spécifiques en matière de gestion des crises sanitaires graves. En particulier, il confie au ministre chargé de la santé et au représentant de l'Etat dans le département des compétences élargies dans le cadre d'un régime dérogatoire. Enfin, en cas de crise sanitaire grave, un régime de responsabilité *ad hoc* pour les médecins est créé.

2. Le risque est différencié

Le risque de bioterrorisme peut prendre des formes très diverses et très particulières. Il faut donc adopter une approche par agent toxique utilisé afin d'apporter la réponse spécifique. Ainsi, certains s'inquiètent du risque d'« agroterrorisme », pas directement ciblé sur l'homme mais attaquant les plantes ou les animaux utilisés ou consommés par les êtres humains.

A partir des agents utilisés, et en fonction des moyens utilisés et des milieux visés (eau potable, air, nourriture ...), des scénarios ont été élaborés et des exercices menés.

a) Les agents toxiques susceptibles d'être utilisés à des fins terroristes

Une liste de ces agents a été établie sous l'égide du SGDN avec la coopération des différents ministères concernés. Cette liste, qui n'est pas exhaustive, recense les agents, qui, outre le fait qu'ils auraient un impact sanitaire important, ont un potentiel de terreur évident : la variole ou la peste, en raison des épidémies qui ont marqué la mémoire collective, le charbon et le botulisme qui peut être utilisé dans l'eau de boisson ou via les aliments ...

Aux Etats-Unis, le CDC a classifié et hiérarchisé les risques d'agents de bioterrorisme. La classification par degré de dangerosité comporte trois niveaux : A, B et C.

La catégorie A comprend des microorganismes qui peuvent être disséminés facilement ou transmis rapidement entre les patients. Ils ont un potentiel en terme de santé publique important et sont susceptibles de causer des réactions de panique. Ils nécessitent une attention ou une préparation particulière. Il s'agit de la variole, du charbon, de la peste, de la toxine botulinique, de l'agent de la tularémie et des filovirus et les arénavirus (Ebola, Marburg, Lassa, Machupo, Crimée-Congo).

La catégorie B comprend des microorganismes plus difficiles à disséminer, qui déterminent des maladies moins graves mais qui nécessitent une surveillance et une capacité diagnostique spécifiques. Ceci inclut la fièvre Q, les rickettsioses, la brucellose, la mélioiïdose, les toxines du ricin, le clostridium perfringens et le staphylocoque (enterotoxine B), auxquels s'ajoutent un certain nombre de pathogènes alimentaires et les virus d'encéphalite.

b) Les scénarios envisagés

Des scénarios d'attentat et les plans de réponse correspondants ont été élaborés. Ces scénarios ont été élaborés en fonction de la nature de l'agent, des moyens de dispersion (vaporisation, aspersion, gaz, explosion ...) et des cibles potentielles choisies pour ces attentats. Le niveau de réponse a été défini en fonction de l'impact prévisible des différents attentats.

B. LA RÉPONSE FRANÇAISE

Selon les personnalités auditionnées par votre Rapporteur, le but du dispositif français n'est ni de parvenir à un « risque zéro » ou à une situation du type « zéro décès, zéro mort », ce qui paraît extrêmement difficile, mais de limiter au maximum les dommages sanitaires causés par une attaque bioterroriste. Une attaque de ce type sera nécessairement porteuse de grands dangers pour la santé des populations visées.

1. La France a considérablement renforcé son dispositif

Les contre-mesures en cas d'attentat bioterroriste ont été préparées. S'agissant du ministère de la santé, elles impliquent de nombreux partenaires, dont les agences de sécurité sanitaires (Institut national de veille sanitaire - InVS, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé -AFSSAPS, Agence française de sécurité sanitaire environnementale - AFSSE ...) et d'autres ministères. Elles donnent lieu à la constitution de stocks (matériel médical et de diagnostic, médicaments et vaccins, matériel de vaccination...) mobilisables. Chaque préfecture doit prévoir, sur la base de la stratégie définie au niveau national, l'organisation de la distribution de ces médicaments ou vaccins.

a) Les services du ministère de la santé ont été mobilisés

La menace bioterroriste ont conduit le ministre de la santé, de la famille et des personnes âgées M. Jean-François Mattei et la ministre déléguée à la recherche et aux nouvelles technologies Mme Claudie Haigneré à charger le 28 août 2002 le Professeur Didier Raoult de dresser un état des lieux de l'ensemble des mesures de santé publique et des actions de recherche prévues dans le dispositif français et européen de lutte contre le bioterrorisme (*cf. supra*).

La direction générale des services effectue la coordination du travail des agences sanitaires puis participe ensuite à la décision lors des réunions interministérielles. Elle valide *a posteriori* le schéma d'organisation de l'administration sanitaire s'appuyant sur des agences sanitaires.

Compte tenu de la nature transversale du risque, il n'a pas été jugé opportun de créer au sein du ministère de la santé une structure administrative spécifique (du type bureau ou direction) dédiée à la lutte contre le risque d'attentat bioterroriste. Au sein de chaque structure existante, chaque responsable sectoriel est supposé intégrer la préoccupation relative au risque biotox. Cependant, une cellule de coordination a été créée et un « coordonnateur biotox » nommé l'été dernier. Ce fonctionnaire devrait contribuer à une meilleure articulation de l'action des services du ministère de la santé.

Selon les informations communiquées par les personnalités auditionnées, quinze personnes travaillent sur ce sujet à plein temps à la direction générale de la santé. Le risque bioterroriste, avec le cancer, est l'un des sujets qui mobilise le plus les personnels de cette direction. Les services de cette direction ont fourni sur ce thème un travail très considérable depuis quelques années. En mars et avril 2003 se sont tenues à ce sujet pas moins de quarante-quatre réunions interministérielles !

En ce qui concerne les agences de sécurité sanitaire, l'AFSSAPS a engagé trois personnes supplémentaires pour renforcer le pôle Biotox. L'Institut national de veille sanitaire a créé vingt-six postes dans le cadre de la lutte contre les attentats bioterroristes et a organisé des sessions de formation sur ce sujet pour ses personnels.

b) Les actions mises en œuvre participent d'une démarche intégrée, de la prévention au développement de plans de crise

Quatre types d'actions sont mis en œuvre :

- la surveillance et la détection, ce qui inclut l'établissement du diagnostic ;
- la prévention de nature médicale si elle est possible (notamment grâce aux vaccins) ;
- l'organisation adéquate du système de soins ;
- l'amélioration de la logistique en ce qui concerne les plans de réponse (hospitalisations de masse et distribution de médicaments ou d'antidotes notamment).

• La surveillance et la détection

En matière bioterroriste, l'établissement rapide d'un diagnostic précis est crucial afin d'éviter les éventuelles épidémies. La surveillance et la détection reposent en grande partie sur le dispositif de droit commun en matière de veille sanitaire. Celle-ci est assurée au niveau national par l'Institut national de la veille sanitaire (InVS) qui coordonne l'action des centres nationaux de référence (CNR), dont certains sont spécifiquement consacrés à la lutte contre le risque bioterroriste.

• La prévention

Dans le cas spécifique de la variole, différents niveaux d'alerte ont été définis en fonction de la menace d'attentat ou de la survenue d'un cas dans le monde ou en France. La stratégie de réponse (vaccination de tout ou partie de la population résidant en France) a été déterminée de façon graduée. La vaccination d'une équipe nationale multidisciplinaire susceptible de prendre en charge les premiers cas de variole sur le territoire a déjà été réalisée. D'autres équipes, déjà identifiées, seraient vaccinées en cas de menace précise d'attentat utilisant le virus de la variole. En cas survenue d'un cas de variole, dans le monde ou en France, le plan Biotox prévoit l'organisation de la vaccination en urgence de tout ou partie de la population résidant en France. Il s'agirait, dans ce cas, d'un plan de mobilisation générale nécessitant la coopération de l'ensemble des professionnels de santé du territoire mais également des forces de l'ordre et sans doute de l'armée. La France, qui disposait de stocks de vaccins de première génération, les a complétés en achetant des lots supplémentaires, ainsi que le matériel nécessaire à une administration de masse. Une technique utilisant très peu de vaccin a été validée,

permettant désormais de disposer d'un stock suffisant pour assurer, le cas échéant, la vaccination de toute la population française.

Pour le charbon, qui constitue le risque le plus probable, on ne dispose pas aujourd'hui de vaccin. Il existe cependant une possibilité de traitement efficace. C'est pourquoi la France a constitué un stock conséquent d'antibiotiques (quinolones). A noter que le professeur Didier Raoult conteste ce choix et préconise l'utilisation d'une plus grande diversité d'antibiotiques, système moins onéreux et facilitant la gestion des stocks.

• *L'organisation adéquate du système de soins*

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a mis à jour les « plans blancs » correspondant aux procédures et aux moyens à mettre en œuvre en cas d'afflux massif de blessés (à noter qu'un amendement gouvernemental au projet de loi relatif à la politique de santé publique a donné une base légale à la procédure « plans blancs »).

En outre, la DHOS a identifié neuf hôpitaux dits « de référence » qui seront, sur chaque zone de défense considérée, les établissements de soins destinés à assurer la gestion sanitaire de la crise. Des moyens supplémentaires ont été dégagés pour appuyer ce référencement. Le principe d'un don de l'Etat aux établissements a été retenu. Cela permet aux hôpitaux d'intégrer ces matériels dans leur patrimoine, de les amortir et d'en prévoir le renouvellement. Ces dons ont fait l'objet de conventions entre l'établissement de référence et le ministère de la santé (DHOS). L'Etat a ainsi acquis des automates, des extracteurs ADN/ARN et des respirateurs. Les respirateurs sont répartis dans vingt et un établissements de santé (soit trois par zone de défense), pour un montant de 7,6 millions d'euros. En revanche, le coût d'exploitation et de maintenance des équipements est pris en charge par la dotation des établissements de santé de référence.

En ce qui concerne la lutte contre le risque représenté par l'utilisation des toxines botuliniques, un plan national de réponse à une menace d'acte de malveillance ou d'attentat est en cours de finalisation en France. Les toxines botuliques connaissent de plus en plus d'indications thérapeutiques mais peuvent constituer un risque important, d'autant plus qu'il n'existe pas de vaccin. Au plan thérapeutique, le traitement spécifique qui permettrait la prise en charge des victimes repose sur les immunoglobulines anti-botuliques.

• *L'amélioration de la logistique et les exercices de simulation*

Le ministère chargé de la santé a participé à deux exercices majeurs, « EURATOX 2002 » (26 au 29 octobre 2002) et « EXINNAT 2003 » (24 au 26 juin 2003).

« EURATOX 2002 » a été le premier exercice européen de simulation de réaction à un attentat terroriste à caractère radiologique et chimique. Il s'est déroulé en grandeur réelle avec le concours de huit cent cinquante sauveteurs français et européens devant intervenir sur un chantier de deux mille victimes contaminées. Pour sa part, le ministère chargé de la santé a participé au dispositif d'intervention d'aide médicale urgente et de catastrophe avec quatre-vingt-six médecins et personnels paramédicaux ainsi que quatre postes sanitaires mobiles. Le ministère a participé au dispositif de

régulation zonale et nationale (SAMU) permettant d'orienter les victimes évacuées vers les établissements d'accueil en France et dans les pays membres de l'Union européenne. Lors de l'exercice, le centre d'opérations ministériel Santé (« COM-Séguir ») et de la cellule « santé » du centre opérationnel de gestion interministérielle des crises (COGIC) du ministère de l'intérieur ont été activés.

Quel bilan a été tiré de l'exercice ? Selon l'appréciation portée par le ministère de la santé, l'exercice a permis de juger de la très forte mobilisation des SAMU/SMUR. Il a été l'occasion de valider la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre les matières chimiques ainsi que la pertinence d'une régulation d'aide médicale urgente au niveau national. Cependant, l'exercice a montré aussi une insuffisante interopérabilité des moyens engagés, plus particulièrement entre les moyens français et ceux des autres pays européens. En outre, le faible débit des chaînes de décontamination et la difficulté de dispenser des soins en tenue de protection NBC ont été confirmés. Compte tenu de ces enseignements, une vidéo-cassette a été réalisée à l'intention des personnels des SAMU/SMUR sur les procédures d'habillage et de déshabillage. Des stages de formation ont été mis en place au profit des personnels hospitaliers.

L'exercice « EXINNAT 2003 » était un exercice interministériel de gestion de crise placé sous la direction du SGDN. Les cadres devaient évaluer les dispositifs opérationnels d'information, de décision et de communication à tous les échelons de l'architecture de la défense nationale. Il a mis en œuvre certaines mesures de vigilance ou de protection du plan Vigipirate ou d'autres plans (Biotox, Piratox et Piratome). Le ministère chargé de la santé y a participé en activant son centre d'opérations ministériel et la cellule « santé » du COGIC. Les directions techniques et les agences nationales ont apporté leur expertise en matière de sécurité sanitaire et d'offre de soins. Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales ont contribué au fonctionnement des centres opérationnels de défense départementaux ; les directions régionales des affaires sanitaires et sociales ont participé à l'activation des centres opérationnels de défense de zone.

L'exercice a permis de constater que l'échelon de la zone de défense était de mieux en mieux intégré par les acteurs de la santé. Des insuffisances subsistent encore néanmoins, notamment en matière de communication et d'échanges d'informations entre les services et les ministères.

c) La France mène également des actions de coopération internationale dans ce domaine

Le risque « biotox » est un risque de nature mondiale. La France participe aux travaux internationaux de nature multilatérale dans le cadre de deux groupes distincts :

– l'Union européenne, qui a créé un comité de sécurité sanitaire ;

– les pays du G7 élargi au Mexique, qui ont formé un groupe baptisé GHSAG (pour *Global Health Security Action Group*). L'Union européenne représentée par le président du Comité de sécurité sanitaire et l'OMS assistent à l'ensemble des travaux du GHSAG.

Ces deux groupes travaillent sur les mesures sanitaires de lutte contre le bioterrorisme, ce qui permet la mutualisation des connaissances et la mise en œuvre de collaborations. En outre, l'InVS est membre du réseau GOARN (« global outbreak alert and response network ») de l'OMS, ce qui lui permet d'être informé en temps réel de l'émergence d'une maladie dans n'importe quel point de la planète.

- *Coopération en matière de lutte contre le risque représenté par la variole*

La France s'est dotée d'un plan national de réponse à une menace d'attentat par la variole (*cf. supra*). Les pays voisins ont adopté une stratégie similaire de réponse à cette menace, même si les niveaux d'alertes et la taille des équipes d'intervention spécialisées sont parfois différents. Parmi les pays voisins, notamment européens, tous ne disposent pas d'un stock suffisant leur permettant, le cas échéant, d'immuniser toute leur population. Certains de ces pays ont déjà procédé ou envisagent l'achat d'un vaccin de deuxième génération, d'autres maintiennent simplement leur stock en l'état. Quelque soit leur stock de vaccin, l'ensemble des pays dont le plan de réponse à un attentat utilisant le virus de la variole est connu envisagent une réponse graduée similaire à celle de la France, avec une vaccination des professionnels intervenant en première ligne auprès des malades et une vaccination autour des cas de variole. L'extension de cette vaccination est assujettie au niveau de stock de vaccins.

- *La lutte contre le risque botulique*

La nécessité de disposer d'antidotes spécifiques contre la toxine botulique est ressentie par la plupart des pays européens. Ces derniers sont, pour les plus avancés d'entre eux, dans la même phase que la France concernant la mise au point et la fabrication de ces antidotes.

2. Les recommandations incitent à fournir un effort « tous azimuts »

Comparés aux moyens financiers dont disposent les structures situées aux Etats-Unis pour combattre le bioterrorisme, les moyens engagés en France et en Europe restent très insuffisants. Le gouvernement a compris l'urgence à agir et son action pourrait suivre les quelques pistes suivantes.

a) Il faut remédier aux dysfonctionnements en matière de veille et d'alerte sanitaire

A début des années quatre-vingt-dix, le réseau national de la santé publique (RNSP) est créé. Quelques années plus tard, en application de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, l'Institut national de veille sanitaire (InVS) est mis en place. Ces progrès ont permis à la France de rattraper le retard qu'elle avait accumulé par rapport à la Grande-Bretagne sur ce sujet, les Etats-Unis restant loin devant.

Le rapport annuel 2003 rédigé par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) « *Santé, pour une politique de prévention durable* » souligne les difficultés de la surveillance en matière sanitaire. Le rapport met en avant la couverture hétérogène en matière de surveillance épidémiologique et les difficultés de l'Institut national de veille

sanitaire à assurer sa mission d'alerte. Le rapport évoque en outre « *une connaissance encore lacunaire de la pollution des milieux* ». Ces lacunes seront de nature à handicaper l'action de la puissance publique en cas d'attaque bioterroriste : qui la détectera ? Qui alertera les autorités sanitaires ?

Enfin, on peut ajouter que les modalités de gestion de la crise née de la canicule de l'été 2003, d'une ampleur et d'une intensité certes exceptionnelles, ont mis en cause la capacité de réaction de l'Etat, capacité de réaction à des crises sanitaires qui avait été pourtant testée avec un certain succès lors de la crise du SRAS au printemps dernier. Il est vrai que le virus du SRAS s'est révélé, du moins en France, moins virulent qu'escompté ; en outre, la gestion de la crise a été facilitée par le fait qu'une personne ne présentant pas de symptômes du SRAS n'était pas contagieuse¹.

b) Il faut intensifier les efforts de communication et de formation

Comme le note le rapport d'information de M. Pierre Lang, député, il y a nécessité de sensibiliser l'opinion publique à l'ampleur du risque que représente l'attentat bioterroriste. Cette sensibilisation doit être menée par le gouvernement. Les médias pourraient éventuellement la relayer.

Il est utile d'évoquer à ce stade une expérience menée aux Etats-Unis en juin 2001 et appelée « *Dark winter* » (« *sombre hiver* »). Il s'agissait d'une sorte de jeu de rôle² mettant en scène les réunions du conseil de la sécurité nationale rassemblant les décideurs publics (président, armée ...) confrontés à la gestion nationale d'une attaque terroriste utilisant le vecteur du virus de la variole. Des personnalités des médias et de la politique jouaient les décideurs. Les résultats de l'exercice, tenu sur une base de l'armée de l'air américaine et organisé par divers instituts et fondations dont le *Johns Hopkins Center for Civilian Biodefense Studies*, ont été rendus publics. Le plus mauvais scénario aboutissait à un million de morts dû à la variole. L'exercice a un intérêt didactique certain et permet à chacun de se rendre compte de la gravité potentielle de ce type d'attaque. Une telle simulation pourrait être utilement menée en France. Elle pourrait être le fait d'une collaboration entre les acteurs publics et privés.

S'agissant de la formation, il est indispensable qu'elle concerne également les professionnels de la santé appelés à être les premiers au contact d'une maladie provoquée par un attentat terroriste. Il s'agit notamment des médecins généralistes, des médecins urgentistes et des infirmiers.

c) Il est nécessaire de développer la recherche en matière de bioterrorisme

Par rapport aux efforts fournis aux Etats-Unis, les budgets consacrés à la recherche biomédicale dans son ensemble, et à la recherche sur les maladies infectieuses et le bioterrorisme sont très faibles.

Afin notamment de combler le désengagement des industries pharmaceutiques, l'effort de recherche doit être intensifié et mené en coopération étroite avec nos partenaires européens. Il faut notamment développer les recherches portant sur les

¹ Voir à ce sujet le rapport (n° 1013) présenté par M. Bertho Audifax, député, sur la proposition de résolution (n° 811) de MM Jean-Marie Le Guen, Jean-Marc Ayrault et plusieurs de leurs collègues, tendant à créer une commission d'enquête sur le dispositif français et la coopération internationale en matière de veille sanitaire et notamment de lutte contre la pneumonie atypique.

² Cf. le site <http://www.hopkins-biodefense.org/darkwinter.html>

anticorps susceptibles d'agir contre les toxines botuliques. Une coordination accrue entre les virologues et les bactériologues pourrait conduire à optimiser l'utilisation des équipements de recherche existants.

Comme le propose le rapport du professeur Didier Raoult, il serait utile de confier la mission à l'Observatoire des Sciences et Techniques d'une évaluation financière des domaines de recherche en microbiologie et en maladies infectieuses. Une démarche active pourrait encourager un certain nombre de partenaires, en associant les financements, à mettre en place des recherches sur les microorganismes qui ne sont pas encore couverts par la recherche française. Ceci devrait inclure l'Institut national pour la recherche agronomique (INRA), le Centre national de la recherche scientifique (CNRS), l'armée et l'Institut Pasteur. Des « infectiopôles » pourraient être mises en place et des collections de prélèvement constituées.

d) Une meilleure coordination est indispensable

L'impératif de meilleure coordination concerne d'abord les services ministériels concernés. L'action du « coordinateur biotox » au sein du ministère de la santé et celle des services du secrétariat général de la défense national devraient contribuer à accroître les coopérations et multiplier les échanges d'informations.

La nécessité de la coordination se retrouve également à l'échelle européenne. D'abord, il pourrait être opportun de faire avancer le projet de création d'un équivalent européen des *Centers for disease control (CDC)* américain. Ensuite, il serait utile de promouvoir les actions et les réflexions visant la mutualisation des stocks de vaccins existants. Jusqu'à présent, il semble que certains pays ne communiquent guère d'informations sur ce sujet. En outre, la préoccupation liée au risque biotox ne semble actuellement pleinement partagée que par le Royaume-Uni et la France.

Un mécanisme de protection civile communautaire a été mis en place dès septembre 2001. Il a commencé par l'élaboration d'un inventaire des différentes mesures devant être prises en cas de crises. Un centre européen de suivi et d'information fonctionnant 24 heures sur 24 et 365 jours par an est l'élément central du nouveau mécanisme. Situé à Bruxelles, il assure la coordination des services de protection civile des Etats membres en cas de crise. Le sommet de Laeken a envisagé la création d'une agence européenne de protection civile. Le Conseil des ministres européen valide les orientations prises pour chaque secteur. En ce qui concerne spécifiquement la santé, un groupe de travail a été créé auprès de la Commission pour une durée limitée de dix-huit mois. Ce groupe comprend notamment des experts nationaux dans les différents domaines utiles à la préparation des programmes de lutte contre le terrorisme (épidémiologie, toxicologie, infectiologie, ...). Dans ce cadre, un comité intitulé « *Health security committee* » (comité de sécurité sanitaire) a été créé. Il comporte de nombreux groupes de travail auxquels participent un ou plusieurs représentants de chaque pays membre.

e) Il est nécessaire de renforcer les équipements sanitaires susceptibles d'être utilisés en cas de crise

Le manque d'équipements sanitaires pouvant contribuer à la lutte contre le bioterrorisme constitue l'un des constats les plus marquants du rapport rédigé par le Professeur Didier Raoult à la demande du ministre de la santé, de la famille et des

personnes handicapées M. Jean-François Mattei et de la ministre déléguée à la recherche et aux nouvelles technologies Mme Claudie Haigneré.

Le professeur Didier Raoult écrit ainsi :

« L'expérience a montré, au moment de l'épisode du bioterrorisme, que la carte des laboratoires de sécurité n'était pas faite et que la plupart des établissements n'étaient pas en conformité avec la loi pour manipuler quotidiennement les microorganismes pathogènes (dont le bacille tuberculeux), y compris dans les CHU parisiens. Il est à noter que le Centre National de Référence des mycobactéries aux antituberculeux, situé à la Pitié Salpêtrière, ne bénéficie pas d'un P2 (les BK multirésistant devraient être manipulés en P4) et que le Centre de Référence des Chlamydia (dont Chlamydia psittacii) ne possède pas de P3 ! Ces 2 centres ne peuvent donc pas assurer leur mission officielle. »

Le rapport souligne notamment qu'il n'existe qu'une seule chambre à dépression¹ en France (à l'hôpital de Lyon). Aucun service d'hôpital ne peut fonctionner en dépression (alors que c'est le cas par exemple en Italie). Il n'existe qu'un seul laboratoire de niveau de sécurité P4, celui de Lyon, qui a été financé grâce à des fonds privés issus de la Fondation Mérieux. En outre, les capacités de déplacement sécurisé en avion sont faibles, voire inexistantes.

Il serait indispensable de mettre en place, sur quelques pôles bien identifiés, des services entiers susceptibles d'être transformés en service d'accueil de malades contagieux. Ces services doivent comporter des chambres susceptibles d'être passées en dépression. Ils doivent être associés à des laboratoires de type P3, dans lesquels pourraient être réalisés les examens biologiques courants et les examens microbiologiques. Enfin, des capacités en radiologie et probablement un mini bloc opératoire devraient être mis en place dans ces structures de manière à pouvoir vivre en autarcie sur le plan médical. Des équipements sanitaires permettant l'isolement de malades devraient également être aménagés dans les aéroports.

C. LE PROJET DE LOI RELATIF À LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE COMPORTE DES DISPOSITIONS « BIOTOX »

Le gouvernement a pris conscience de l'urgence à réformer les dispositifs existants en matière de lutte contre le risque bioterroriste. Ainsi, le projet de loi relatif à la politique de santé publique adopté par l'Assemblée nationale le 14 octobre dernier visait à remédier aux lacunes les plus criantes.

1. Le projet de loi crée un fonds budgétaire dédié à la gestion des crises sanitaires

Le projet de loi relatif à la politique de santé publique comporte la création d'un fonds budgétaire consacré au financement de logistique adaptée à la gestion des crises sanitaires. La nécessité d'une telle structure budgétaire dédiée a été soulignée par de nombreux interlocuteurs du rapporteur : dans un cadre plus large que celui du plan

¹ « Dans de telles chambres, l'air est capté à l'intérieur de la chambre par un système de flux allant de l'extérieur vers l'intérieur ; ce qui ressort de la chambre est filtré, en filtre absolu, pour éviter la contamination environnante (P2 ou P3). » (rapport de mission du Professeur Didier Raoult)

Biotox, elle permettra aux autorités sanitaires d'agir avec la promptitude nécessaire en mettant par exemple en place les mesures d'isolement ou de vaccination rendues indispensables par la situation. A titre d'exemple, la gestion d'une crise née d'une méningite ne pouvait supporter les délais aménagés par le droit budgétaire et financier, ce qui plaçait les responsables dans des situations juridiquement intenable.

2. Le projet accroît la surveillance des micro-organismes

Le projet régleme le contrôle des agents pathogènes et toxines susceptibles d'être utilisés et visant directement la santé humaine, en reprenant les dispositions de l'arrêté du 22 septembre 2001 relatif à la mise en œuvre, l'importation, l'exportation, la détention, la cession à titre gratuit ou onéreux, l'acquisition et le transport de certains agents responsables de maladies infectieuses, micro-organismes pathogènes et toxines.

Un chapitre IX intitulé « *Micro-organismes et toxines* » inséré au titre III du livre 1^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique comprend les articles L. 5139-1 à L. 5139-3 du code de la santé publique. Cette nouvelle mission de contrôle des opérations précitées est confiée à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Enfin, l'article L. 3114-1 du code de la santé publique est modifié pour intégrer les mesures de désinfection rendues nécessaires par l'exposition de locaux ou de véhicules aux micro-organismes et toxines mentionnés à l'article L. 5139-1 du code de la santé publique.

D. LES CRÉDITS POUR 2004 PRENNENT EN COMPTE LA PRIORITÉ BIOTOX

Le financement du plan Biotox s'effectue grâce aux crédits d'Etat et aux crédits des régimes de l'assurance maladie (par le biais de fonds de concours) en fonction de la nature des opérations à financer.

En ce qui concerne les *produits* (vaccins, antibiotiques, antidotes et les matériels connexes), la source de financement est l'assurance maladie.

Les autres opérations (frais de personnel, fonctionnement, études, recherche...) sont financées sur les crédits d'Etat.

Le chapitre 47-12 des crédits de la santé « *Sécurité sanitaire* » comprend :

– les articles 10 et 20 (« *gestions des risques sanitaires liés à l'environnement, dépenses déconcentrées et non déconcentrées* ») ;

– l'article 30 (« *crises sanitaires infectieuses : dépenses non concentrées* ») ;

– et l'article 50 (« *centres nationaux de référence* »).

En outre, l'article 82 (« *Programmes civils de défense* ») du chapitre 57-93 (« *Équipements administratifs, sanitaires et sociaux et recherche* ») contribue au financement des investissements en matière de sécurité civile.

1. Les crédits de la lutte contre le bioterrorisme ont connu une croissance régulière depuis 2001

a) Le 11 septembre 2001 a marqué un tournant

Jusqu'aux évènements intervenus le 11 septembre 2001 aux Etats-Unis, les centres nationaux de référence (CNR) et en particulier l'Institut Pasteur, faisaient état de l'insuffisance des crédits. Une mission de l'IGAS a confirmé ce diagnostic en mai 2002. Après le 11 septembre 2001, des crédits ont été votés dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2001 (pour un montant de 3,658 millions d'euros) afin de renforcer des centres nationaux de référence. Ces crédits, reportés et délégués en 2002, ont notamment permis :

- la création du centre national de référence dédié au charbon ;
- la mise en place d'astreintes et permanences dans les CNR ;
- la création au sein de l'Institut Pasteur d'une cellule d'intervention biologique d'urgence, laboratoire permettant à l'ensemble des CNR de l'Institut Pasteur concernés par les agents du bioterrorisme de répondre efficacement à toute urgence biologique par la mobilisation rapide de compétences et de moyens d'analyse complémentaires ;
- et le développement par les CNR de l'Institut Pasteur d'un programme d'innovation technologique.

Au total, le budget attribué aux CNR en 2002 s'élevait à 7,099 millions d'euros.

b) Le financement est assuré en 2002 et 2003

En 2003, les crédits votés dans le cadre de la loi de finances pour 2002 relatifs à la lutte contre le bioterrorisme n'ont pas été reconduits. Les dotations de l'article 50 du chapitre 47-12 se limitaient à 3,441 millions d'euros, et la pérennisation des nouveaux CNR et des effectifs recrutés pour le renforcement des CNR existants, notamment ceux susceptibles d'être mobilisés dans le domaine du bioterrorisme, ne pouvait être assurée sans un abondement de la ligne. Des crédits supplémentaires ont donc été dégagés par redéploiements.

Au total, pour 2003, les crédits destinés au financement du fonctionnement des CNR s'élèvent à 7,489 millions d'euros, dont 5,236 millions d'euros destiné au fonctionnement des CNR de l'Institut Pasteur de Paris. En outre, une subvention complémentaire de 2,009 millions d'euros est attribuée aux CNR de l'Institut Pasteur de Paris pour la poursuite du programme d'innovation technologique dans le domaine de la détection des agents du bioterrorisme et pour les actions menées dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de SRAS.

Un fond de concours de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) inscrit dans la loi de financement de sécurité sociale pour 2002, doté de 198,18 millions d'euros, a permis en 2002 d'acquérir des antibiotiques (174 millions d'euros), des antidotes, des pastilles d'iode et des vaccins (pour 11,57 millions d'euros). En mai 2003, ce fonds de concours a été de nouveau abondé de 16,07 millions d'euros pour poursuivre le financement du plan.

2. La lutte contre le risque bioterroriste est devenue une priorité sanitaire du gouvernement

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes âgées, M. Jean-François Mattei, l'a affirmé dans son discours de présentation du budget 2004 du ministère de la santé : « *la lutte contre le bioterrorisme reste une priorité* ». Il a indiqué que le programme d'action 2004, enrichi des préconisations du rapport du Professeur Didier Raoult, fera l'objet de financements spécifiques, dont le financement sera réparti entre le budget de l'État et les régimes de l'assurance maladie. Ce programme inclut la constitution et le renouvellement de stocks d'antibiotiques, d'immunoglobulines, d'antidotes et de vaccins ainsi que le renforcement de l'aide médicale urgente afin de faire face à tout évènement de grande ampleur.

S'agissant de l'article 82 du chapitre 57-93 (programme civil de défense), il est prévu pour l'année 2004 d'ouvrir 3 millions d'euros de crédits de paiement, au titre des autorisations de programme ouvertes en 2003 et dans le cadre de la réalisation du programme en cours.

Des financements supplémentaires interviendront grâce au projet de loi de finances rectificatives pour 2003 et par des reports de crédits 2003 non consommés.

Dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, l'article 42 prévoit une dépense de 155,4 millions d'euros en vue de l'achat du stockage et de la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou aux traitements d'un grand nombre de personnes exposées à un agent microbien, toxique, chimique ou radiologique utilisé dans le cadre d'un acte terroriste.

*

* *

En conclusion, le rapporteur pour avis propose à la commission d'émettre un *avis favorable* à l'adoption des **crédits de la santé pour 2004**.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a examiné, pour avis, sur le rapport de **M. Michel Heinrich**, les **crédits de la santé pour 2004** au cours de sa séance du 4 novembre 2003.

Après l'exposé du rapporteur pour avis, le **président Jean-Michel Dubernard** a souligné l'intérêt du thème retenu, la menace bioterroriste étant une source d'inquiétude pour les Français.

M. Jean-Luc Prél a posé les questions suivantes :

– Si la participation de l'Etat au financement des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) augmente de 16 %, on peut s'interroger sur la justification de la participation des budgets hospitaliers. Ne serait-il pas préférable de faire prendre en charge ces dotations par le ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche ?

– Quelle sera l'application de l'amendement adopté au rapport annexé du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoyant le financement des mammographies en vue du dépistage du cancer du sein par les crédits de prévention de l'assurance maladie et non par le budget hospitalier ?

– L'article 82 du projet de loi de finances pour 2004 prévoit un montant identique forfaitaire de 300 euros pour les caisses primaires d'assurance et pour les organismes de protection sociale complémentaire agissant dans le dispositif de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Cette mise à égalité des régimes de base et des régimes complémentaires préfigure-t-elle une nouvelle architecture de l'assurance maladie ?

Après avoir salué la qualité des travaux du rapporteur pour avis sur le plan Biotox, **Mme Hélène Mignon** a estimé souhaitable de revaloriser la formation des personnels paramédicaux et d'augmenter le quota de recrutement des infirmières. En effet, les solutions provisoires mises en œuvre, par exemple l'appel à des infirmières étrangères, ne sont pas soutenables à long terme. Par ailleurs, on pourrait envisager la création de maisons de santé situées dans les chefs-lieux de canton afin de disposer de dispensaires proches du terrain susceptibles de désengorger les services d'urgence des hôpitaux.

En réponse aux intervenants, le **rapporteur pour avis** a apporté les précisions suivantes :

– S'il convient effectivement de développer les maisons de santé pour désengorger les urgences, ce sujet est traité dans le cadre des projets de loi de financement de la sécurité sociale.

– Il est exact que les écoles d'infirmières privées sont financées par les crédits de la santé alors que les écoles d'infirmières publiques sont financées par les budgets hospitaliers.

– En ce qui concerne la mesure relative au dispositif de la couverture maladie universelle, la mise à égalité des régimes complémentaires et obligatoires débouche sur une déduction de 300 euros par bénéficiaire couvert par les organismes d'assurance complémentaire.

– En matière de financement de la prévention, ce budget marque un effort important puisque 18 millions d'euros financent des mesures nouvelles relatives à la lutte contre le cancer.

Conformément aux conclusions du rapporteur pour avis, la commission a émis un *avis favorable* à l'adoption des **crédits de la santé pour 2004**.

ANNEXE

PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR POUR AVIS

Pr Lucien Abenhaïm	Ancien directeur général de la santé
Pr Gilles Brücker	Directeur général de l'Institut national de veille sanitaire (InVS)
Dr Yves Coquin	Chef de la cellule d'appui scientifique à la direction générale de la santé
M. Edouard Couty	Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)
M. Philippe Duneton	Directeur de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)
Pr Didier Raoult	Professeur de médecine à l'Université de la Méditerranée, directeur de l'Institut fédératif de recherches sur les pathologies infectieuses et les maladies tropicales