



N° 2706

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 novembre 2005

## RAPPORT

DÉPOSÉ

*en application de l'article 86, alinéa 8, du Règlement*

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES

*sur la mise en **application de la loi n° 2004-806** du 9 août 2004  
relative à la **politique de santé publique***

ET PRÉSENTÉ

PAR M. Jean-Michel DUBERNARD,

Député.

---



## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	5
<b>I.- APRÈS UN LENT DÉMARRAGE, LA LOI ENTRE PROGRESSIVEMENT EN APPLICATION</b> .....	7
A. UN LENT DÉMARRAGE .....	7
B. PLUSIEURS NOUVEAUX ARTICLES SONT DEPUIS DEVENUS APPLICABLES .....	8
1. Deux articles sont automatiquement devenus applicables .....	8
2. Cinq articles sont devenus applicables dans leur totalité suite à la publication de textes réglementaires. ....	8
3. Six autres articles sont devenus en partie applicables.....	9
<b>II.- DES RETARDS PRÉOCCUPANTS PERSISTENT MAIS POURRAIENT NÉANMOINS ÊTRE RAPIDEMENT RATTRAPÉS</b> .....	11
A. LE TAUX D'APPLICATION RESTE ENCORE RELATIVEMENT FAIBLE .....	11
1. Un bilan qui reste mitigé .....	11
2. Des facteurs de retard bien connus.....	11
B. LE RETARD PRIS DANS L'APPLICATION DE LA LOI SANTÉ PUBLIQUE DOIT ÊTRE NUANCÉ .....	12
1. Beaucoup des décrets d'application de la loi sont d'ores et déjà rédigés .....	12
2. Le succès d'une politique de santé publique ne se limite pas à l'édiction de textes réglementaires d'application .....	13
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....	15
<b>ANNEXES</b> .....	25
ANNEXE 1 : TABLEAU DE SUIVI DE LA MISE EN APPLICATION DE LA LOI N° 2004-806 DU 9 AOÛT 2004 RELATIVE À LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE.....	25
ANNEXE 2 : LISTE DES CIRCULAIRES D'APPLICATION .....	37
ANNEXE 3 : LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES UTILISÉS .....	39



## INTRODUCTION

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est un enjeu fondamental de l'évolution de notre système de santé publique qu'elle redéfinit en profondeur et rationalise utilement afin de garantir à tous, conformément aux exigences constitutionnelles du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, la protection et l'amélioration de la santé.

Etabli en mars 2005 par le rapport n° 2207 d'application de la loi relative à la politique de santé publique, le constat d'un sérieux retard dans l'application de cette loi n'en était dès lors que plus préoccupant.

En effet, ce premier rapport faisait état d'un taux d'application particulièrement faible, puisque sur les 158 articles que comporte la loi de santé publique, 87 articles étaient encore inapplicables, du moins intégralement, à la date de sa parution et que seuls 7 textes réglementaires (3 décrets et 4 arrêtés) avaient été publiés, plus de sept mois pourtant après sa promulgation.

Dès lors, il était plus que nécessaire de faire à nouveau le bilan des textes réglementaires publiés et des circulaires édictées pour la mise en œuvre de cette loi en s'appuyant à cette fin sur les dispositions de l'article 86, alinéa 8, du Règlement de l'Assemblée nationale, qui prévoit que dans le cas où un premier rapport sur la mise en application d'une loi, réalisé à l'issue d'un délai de six mois suivant son entrée en vigueur, fait état de dispositions qui n'auraient pas fait l'objet des textes d'application nécessaires, la commission compétente entend le député qui en a été le rapporteur « *à l'issue d'un nouveau délai de six mois* ».

Pas plus que le premier rapport d'application de la loi relative à la politique de santé publique, ce second rapport n'a pour objet d'évaluer les actions de santé publique entreprises dans le cadre de cette loi, ce qui serait d'ailleurs encore tout à fait prématuré puisque son article 2 dispose que la mise en œuvre de celle-ci et des programmes de santé qui précisent son application est évaluée « *tous les cinq ans* » même si « *elle peut à tout moment faire l'objet d'une évaluation globale ou partielle par l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.* »

Dans cette perspective, le présent rapport s'attache à examiner dans quelle mesure la loi relative à la politique de santé publique entre, après un lent démarrage, progressivement en application (I) et si les retards qui persistent dans son application sont susceptibles d'être rapidement comblés (II).



## I.- APRÈS UN LENT DÉMARRAGE, LA LOI ENTRE PROGRESSIVEMENT EN APPLICATION

### A. UN LENT DÉMARRAGE

En mars 2005, seulement 7 textes réglementaires (3 décrets et 4 arrêtés) avaient été publiés, soit 6,6 % seulement de l'ensemble des textes d'application prévus par le législateur pour la mise en application de la loi et même seulement 5,3 % des textes estimés nécessaires par l'exécutif<sup>(1)</sup> dans son tableau de suivi de la mise en application de la loi (cf. annexe 1) ; 4 circulaires seulement avaient été édictées à la même époque.

Sur les 158 articles que comporte la loi, 87 articles demeuraient donc inapplicables, en tout ou partie, dont la très grande majorité faute de parution des textes réglementaires d'application.

De toutes les réformes engagées à l'époque dans le domaine de la santé (loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique, loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales et surtout loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie), c'est incontestablement la loi relative à la politique de santé publique qui enregistrait le plus grand retard en matière de textes réglementaires d'application.

Les difficultés rencontrées par le ministère de la santé dans l'exécution de la loi relative à la santé publique étaient telles que le rapporteur s'inquiétait, à la suite du constat alarmiste de la Cour des comptes dans son rapport public annuel 2004 au Président de la République, que les « *délais de production des textes juridiques, s'ils devaient concerner la loi du 9 août, risquent d'empêcher son application* ».

De plus, les très rares articles rendus applicables par la parution d'un texte réglementaire ne concernaient en définitive que des enjeux de second plan, qu'il s'agisse du pourcentage appliqué au prix moyen des cigarettes pour définir le prix de détail minimum de ces produits et de l'homologation des prix de vente au détail des tabacs manufacturés en France, à l'exclusion des départements d'outre-mer (**art. 38**), des règles relatives à la prolongation d'activité des personnels médicaux hospitaliers (**art. 135**) ou des règles de suspension des médecins en cas d'urgence (**art. 156**).

---

(1) La loi prévoit ainsi l'édition de 46 décrets en Conseil d'Etat, 11 décrets simples et 48 arrêtés et dispose que quatre de ses articles seront précisés par voie réglementaire. Toutefois, il est toujours loisible à l'exécutif de déterminer le nombre de textes nécessaires à l'application de la loi et ainsi, s'il le juge opportun, de préciser par voie réglementaire des dispositions de la loi ne prévoyant pourtant la parution d'aucun texte pour leur application. D'après les informations recueillies par le rapporteur auprès du gouvernement, le pouvoir exécutif a estimé que la mise en application de la loi nécessitait la parution de 131 textes réglementaires, soit 61 décrets et 70 arrêtés.

## **B. PLUSIEURS NOUVEAUX ARTICLES SONT DEPUIS DEVENUS APPLICABLES**

Depuis la publication du premier rapport d'application de la loi relative à la politique de santé publique, 10 décrets et 6 arrêtés ont été publiés tandis que 6 nouvelles circulaires étaient édictées.

### **1. Deux articles sont automatiquement devenus applicables**

Deux articles qui ne nécessitaient pas l'édition de textes réglementaires mais dont l'application avait été différée par la volonté du législateur sont devenus applicables :

– l'interdiction des distributeurs automatiques dans les établissements scolaires est entrée en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2005 (**art. 30**) ;

– les dispositions concernant l'organisation de l'ordre des pharmaciens sont entrées en vigueur lors des dernières élections ordinaires qui ont eu lieu le 9 mai 2005 (**art. 124**).

### **2. Cinq articles sont devenus applicables dans leur totalité suite à la publication de textes réglementaires.**

La publication de quatre décrets et cinq arrêtés a permis de rendre applicables dans leur totalité cinq nouveaux articles :

– les modalités de mises en œuvre de l'Institut national du cancer (INCa) ont été fixées par le décret n° 2005-419 du 3 mai 2005 (**art. 33**).

La convention constitutive du groupement d'intérêt public dénommé « Institut national du cancer » a été approuvée par l'arrêté du 22 juin 2005. Le président du conseil d'administration, la directrice générale et le président du conseil scientifique de l'INCa ont été désignés par décret en date du 3 août 2005. Les membres du conseil d'administration de l'INCa ont été nommés par arrêté en date du 5 juillet 2005.

– La liste des médicaments pouvant être prescrits par les sages-femmes a été fixée par l'arrêté du 12 octobre 2005 (**art. 102**).

– Les conditions d'exercice de la profession de sage-femme par les étudiants sages-femmes ont été fixées par le décret n° 2005-833 du 22 juillet 2005 et par l'arrêté du 22 juillet 2005 (**art. 106**).

– Les conditions dans lesquelles les médicaments peuvent faire l'objet de publicité auprès du public en cas de radiation de la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ont été fixées par le décret n° 2005-987 du 10 août 2005 (**art. 127**).

– Les règles générales relatives aux modalités d'inspection et de vérification des bonnes pratiques de laboratoire pour les produits cosmétiques ainsi qu'à la délivrance de documents attestant de leur respect ont été fixées par l'arrêté du 20 juillet 2005 (**art. 148**).

### **3. Six autres articles sont devenus en partie applicables**

La publication de 6 autres décrets et d'un arrêté a permis de rendre applicables certaines dispositions de six autres articles :

– La composition et les modalités de fonctionnement du Comité national de santé publique (CNSP) ont été définies par le décret n° 2005-1202 du 22 septembre 2005. Cette instance unique de coordination interministérielle prend la suite du comité national de sécurité sanitaire (CNSS) tout en élargissant ses missions puisqu'il doit, en particulier, permettre de favoriser l'ajustement des politiques publiques aux impératifs de la prévention et de la sécurité sanitaire (**art. 2**).

– L'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières et de santé publique a été défini par le décret n° 2005-300 du 31 mars 2005 (**art. 5**).

– L'organisation et fonctionnement de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ont été fixés par le décret n° 2005-591 du 27 mai 2005 (**art. 7**).

– Le fonctionnement des groupements régionaux de santé publique a été précisé par le décret n° 2005-1234 du 26 septembre 2005 tandis que la convention constitutive type des groupements régionaux ou territoriaux de santé publique figure dans le décret n° 2005-1235 du 26 septembre 2005 (**art. 8**).

– L'approbation du document national des références des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue a été réalisée par le décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 (**art. 12**).

– La liste des vaccinations pouvant être pratiquée par les sages-femmes a été fixée par arrêté en date du 22 mars 2005 (**art. 103**).

Si l'on compte les 68 articles de la loi qui sont devenus immédiatement applicables, dans leur totalité, dès le lendemain de la promulgation de la loi soit le 12 août 2004, ce sont donc désormais, au total 78 articles de la loi qui sont aujourd'hui totalement applicables et 7 articles qui le sont en partie.



## **II.- DES RETARDS PRÉOCCUPANTS PERSISTENT MAIS POURRAIENT NÉANMOINS ÊTRE RAPIDEMENT RATTRAPÉS**

Les efforts réalisés ne doivent pas masquer certains retards qui restent préoccupants même si l'examen des seuls textes réglementaires publiés, à l'exception de ceux déjà rédigés dont beaucoup sont en cours d'examen par le Conseil d'Etat, noircissent excessivement le tableau.

### **A. LE TAUX D'APPLICATION RESTE ENCORE RELATIVEMENT FAIBLE**

#### **1. Un bilan qui reste mitigé**

Si le nombre de textes nouvellement publiés a progressé (avec au total 10 nouveaux décrets et 6 nouveaux arrêtés publiés et 6 circulaires supplémentaires édictées), le bilan reste préoccupant puisque sur 158 articles que compte la loi, 80 restent encore inapplicables en tout ou partie.

Fin novembre 2005, seuls 23 textes réglementaires (13 décrets et 10 arrêtés) ont été publiés, soit seulement 21,9 % de l'ensemble des textes d'application prévus par le législateur pour la mise en application de la loi et même 17,5 % des textes estimés nécessaires par l'exécutif dans son tableau de suivi de la mise en application de la loi (*cf.* annexe 1) ; 10 circulaires seulement ont été édictées.

#### **2. Des facteurs de retard bien connus**

Les causes du retard sont en grande partie les mêmes que celles qui ont été pointées dans le premier rapport d'application de la loi.

Les nombreuses et nécessaires consultations préalables, qu'il s'agisse de concertations interministérielles ou de consultations des multiples acteurs de la santé publique, ne sont pas toujours achevées. De même, l'obligation de notification de certaines dispositions réglementaires à la Commission européenne (**art. 31** sur les modalités d'étiquetage par exemple) contribue à ralentir, du fait de délais incompressibles, la mise en œuvre de la loi.

Parallèlement, l'engorgement du ministère subsiste. Si la direction générale de la santé (DGS) n'est désormais plus mobilisée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie dont l'application s'est déroulée dans des conditions de rapidité que le rapporteur tient à nouveau à saluer, elle reste néanmoins chargée, à titre principal et en plus de la loi santé publique, de la préparation des textes nécessaires à la mise en œuvre de la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique et de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. De plus, la DGS a été fortement mobilisée ces derniers temps par la préparation de la gestion de crises sanitaires au premier rang desquelles se situe

la grippe aviaire. Le constat dressé par la Cour des comptes dans son rapport public annuel 2004 au Président de la République, selon lequel l'encours, début septembre 2004, de décrets à produire (pour les seuls textes dont la direction est chef de file et qui ne sont pas destinés à transposer des directives européennes) représentait au moins quatre années de travail demeure donc d'autant plus préoccupant que la DGS n'a pas semble-t-il été depuis doté de moyens lui permettant d'assurer pleinement ses missions à l'exception du renfort d'un inspecteur général des affaires sociales dont l'activité se concentre néanmoins sur la seule transposition des directives européennes.

Il convient enfin de souligner que certaines difficultés dans l'application de la loi relative à la politique de santé publique sont apparues tardivement et ont nécessité des adaptations législatives ultérieures, comme pour les messages publicitaires pour les produits alimentaires (**art. 29**) dont les dispositions devraient être aménagées par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

## **B. LE RETARD PRIS DANS L'APPLICATION DE LA LOI SANTÉ PUBLIQUE DOIT ÊTRE NUANCÉ**

### **1. Beaucoup des décrets d'application de la loi sont d'ores et déjà rédigés**

La détermination du taux d'application ne prend en compte que les textes réglementaires publiés même si beaucoup d'entre eux sont déjà rédigés et en attente d'examen par le Conseil d'Etat ou de notification à la Commission européenne.

Pour ce qui concerne la gouvernance, c'est l'ensemble du nouveau système de pilotage de la santé publique qui va très prochainement être opérationnel. Ainsi, le projet de décret relatif aux conférences régionales de santé (**art. 3**) est en cours de signature, ce qui laisse augurer d'une mise en place des conférences régionales de santé avant la fin de l'année 2005, tandis que le décret simple relatif au Conférence nationale de santé (**art. 2**) est en cours de publication, ce qui devrait permettre son installation effective au tout début 2006. Enfin le Haut conseil de la santé publique (**art. 2**), chargé de l'expertise multidisciplinaire en santé publique, sera installé dès le premier trimestre 2006.

Le rapporteur se félicite ainsi que la réorganisation du système de santé publique soit bientôt achevée. Avec elle, la régionalisation des politiques de santé publique (CRS ou CTS, PRSP, GRSP), la mutualisation des efforts des différents opérateurs (PRSP et GRSP), la concertation des partenaires et des usagers du système de santé publique (CNS et CRS) et la coordination des actions au niveau interministériel (CNSP) vont enfin entrer dans les faits. Il exprime néanmoins le souhait que la réorganisation du partage de l'expertise entre le Haut conseil de la santé publique et les agences sanitaires, qui n'a pas encore trouvé de traduction concrète, se réalise désormais dans les meilleurs délais.

D'après les informations recueillies par le rapporteur, tous les décrets relatifs à la formation médicale continue des professionnels <sup>(1)</sup> de santé (FMC) (**art. 98 à 100**) sont également déjà rédigés et sur le point d'être soumis au Conseil d'Etat pour une publication avant le début 2006. Le ministre de la santé, M. Xavier Bertrand, a d'ailleurs officiellement annoncé lors de la remise récente des prix du Syndicat national de la presse médicale que le dispositif de formation médicale continue obligatoire serait prêt d'ici la fin de l'année. Une solution aurait ainsi été trouvée à la difficile articulation de la FMC avec les dispositions de l'article 14 de la loi relative à l'assurance maladie qui pose l'obligation d'évaluation individuelle des pratiques professionnelles.

Enfin, devraient également être publiés dans le courant du mois de novembre 2005, d'après le tableau de suivi de la mise en application de la loi communiqué par le gouvernement, les décrets relatifs aux programmes de formation à l'éducation à la santé (**art. 7**), aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (**art. 12**), aux recherches biomédicales (**art. 88 à 92**), aux modifications des missions de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (**art. 18, 115, 118 et 119**), aux médicaments bénéficiaires d'une autorisation temporaire d'utilisation (**art. 47**), aux ordres des masseurs kinésithérapeutes (**art. 108**) et des pédicures podologues (**art. 110**).

Au total, ce seraient environ 40 décrets qui devraient être publiés d'ici la fin de l'année 2005, permettant la mise en œuvre effective de la quasi-totalité de la loi du 9 août 2004.

## **2. Le succès d'une politique de santé publique ne se limite pas à l'édition de textes réglementaires d'application**

En effet, de grands axes de santé publique continuent de recevoir une traduction concrète par le gouvernement au travers de la mise en place des plans et programmes pluriannuels de santé publique. C'est, au-delà des textes mêmes, tout un travail méthodologique qui se met en place.

Il s'agit des cinq plans stratégiques inclus dans le rapport annexé (plan national de lutte contre le cancer, plan national pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement, plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares, plan national pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence), des plans prévus par arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qui poursuivent le plus souvent des objectifs du rapport annexé à la loi (programme de lutte contre le saturnisme par exemple), de plans en cours antérieurs à la loi mais qui sont poursuivis et renouvelés (plan

---

(1) Médecins, pharmaciens, sages-femmes, préparateurs en pharmacie, auxiliaires médicaux, chirurgiens-dentistes.

national nutrition santé, lutte contre la douleur) ou encore de plans correspondant à des problématiques nouvelles ou à une nouvelle volonté politique (violence, périnatalité ou santé mentale).

Le rapporteur se félicite en particulier que les plans stratégiques de santé aient été dotés de moyens spécifiques par le projet de loi de finances pour 2006, qui consacre notamment la poursuite d'un effort budgétaire important en matière de lutte contre le cancer laquelle bénéficie ainsi, avec 95 millions d'euros, de près d'un quart des crédits consacrés à la mission santé (400 millions d'euros), soit une progression en 2006 de 30 % des moyens consacrés par l'Etat à la lutte contre le cancer. De plus, environ 90 millions d'euros sont affectés à la mise en œuvre des autres plans ou programmes de santé publique et aux actions de coordination et de planification régionale en matière de santé publique.

De plus, deux rapports prévus par la loi de santé publique sont déjà finalisés et devraient pouvoir être prochainement rendus publics. Il s'agit en premier lieu du rapport sur les conditions de la création d'États généraux de la lutte contre l'alcoolisme (**art. 42**) et du rapport sur l'accès à l'assurance des personnes présentant des risques de santé aggravés (**art. 144**). Le rapporteur se félicite de la prochaine publication de ces deux rapports, qui participent, au même titre que la publication de textes réglementaires d'application, de la mise en application de la loi et souhaite que ceux-ci soient l'occasion pour le gouvernement de prendre des initiatives fortes susceptibles d'améliorer encore l'efficacité de la politique de santé publique.

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

En application de l'article 86, alinéa 8 du Règlement, la commission a examiné au cours de sa réunion du mercredi 23 novembre 2005, en présence de **M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités**, le rapport de **M. Jean-Michel Dubernard** sur la mise en application de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

A l'issue de son exposé, **le rapporteur** a posé les questions suivantes à M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités :

– Dans quel délai la réorganisation du partage de l'expertise entre le HCSP et les agences de sécurité sanitaire, qui devrait achever la mise en place du nouveau système de pilotage de la santé publique, est-elle susceptible de trouver une traduction concrète ?

– Comment les modalités de mise en œuvre du nouveau dispositif de formation médicale continue, qui devraient être publiées prochainement, ont-elles été articulées avec les dispositions de l'article 14 de la loi relative à l'assurance maladie, qui pose l'obligation d'évaluation individuelle des pratiques professionnelles ?

– Il semblerait que deux rapports prévus par la loi de santé publique, sur les conditions d'organisation d'états généraux de la lutte contre l'alcoolisme et sur l'accès à l'assurance des personnes présentant des risques de santé aggravés, soient déjà finalisés et puissent être prochainement rendus publics. Quelles initiatives le gouvernement compte-t-il prendre sur ces deux points ?

– Est-il confirmé que l'École des hautes études en santé publique (EHESP) sera ouverte pour la prochaine rentrée scolaire ?

– Quel est l'état d'avancement des consultations conduites à propos de l'usage du titre de psychothérapeute ? Où en est la concertation avec le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, s'agissant notamment des formations de psychopathologie clinique requises ?

**M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités**, a témoigné de son attachement au suivi des textes de loi, revendiquant la paternité de l'expression « service après-vote » apparue lors de la réforme des retraites : le Parlement doit être régulièrement informé de l'état d'avancement de la publication des décrets, arrêtés et circulaires prévus dans les lois qu'il adopte.

Une stratégie de santé publique a été mise en œuvre sans attendre les textes d'application de la loi de 2004, à travers notamment les plans stratégiques sur les maladies rares, sur le cancer avec la création de l'INCa, sur les facteurs environnementaux avec le programme national santé-environnement (PNSE), sur la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et sur la lutte

contre les addictions. Ces plans sont d'ores et déjà déclinés à l'échelon régional. Des dispositifs de vigilance et de gestion de crise ont été mis sur pied. Chaque plan régional de santé publique (PRSP) intégrera à court terme un volet d'urgence sanitaire. L'InVS est mobilisé et se voit doté de moyens informatiques, notamment pour analyser les causes des décès. Des axes forts ont été fixés en matière de prévention, concernant le tabac, l'alcool, la nutrition ou la santé bucco-dentaire.

Après avoir expliqué qu'il aborderait le dossier de la grippe aviaire la semaine suivante, à l'occasion de son audition par la mission d'information de l'Assemblée sur la grippe aviaire, **le ministre** a dressé le bilan des décrets d'application de la loi de santé publique :

– En janvier 2006, le gouvernement aura fait face au retard qui avait été pris dans la parution des décrets d'application. Sur soixante-deux textes à prendre, vingt-six ont été publiés ou sont sur le point de l'être et, fin janvier, quarante-sept, soit 76 % du total, devraient l'être.

– Treize décrets ont déjà été publiés et sept décrets sont en cours de publication relatifs aux conférences nationales et régionales de santé, au programme de formation à l'éducation pour la santé, au plan blanc dans les hôpitaux, à l'organisation des centres d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue, à l'élargissement des missions de l'ONIAM et à la recherche biomédicale.

– Six décrets sont parvenus devant le Conseil d'état, relatifs à la formation continue des médecins, pharmaciens et dentistes, aux ordres des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues et à la composition du HCSP.

– Onze décrets seront envoyés très prochainement au Conseil d'état, relatifs aux missions du HCSP, à l'assermentation des inspecteurs de la radioprotection, aux conditions de réalisation des analyses de biologie dans les laboratoires installés en Europe, à la vigilance sur les dispositifs médicaux, aux groupements de coopération sanitaire, à la transmission des certificats de décès à l'InVS, aux médicaments bénéficiaires d'une autorisation temporaire d'utilisation, aux mesures de publicité de l'acte portant déclaration d'utilité publique des captages d'eau, aux missions de l'École des hautes études de santé publique (EHESP) et aux radiophysiciens.

– D'autres textes, relatifs au nouveau métier de conseiller en génétique, au suivi sanitaire des élèves et à l'EHESP, font l'objet de travaux bien engagés avec le ministère de l'Éducation nationale et devraient être adressés au Conseil d'État d'ici à la fin de l'année.

– Certains textes, relatifs aux psychothérapeutes, aux pharmacies à usage intérieur, à la formation continue des préparateurs en pharmacie, sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi qu'aux modalités de transfert des débits de boissons, doivent faire l'objet d'une concertation approfondie.

– Le décret relatif au message sanitaire sur les publicités pour les produits alimentaires est conditionné par la loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2006, mais le gouvernement n'a pas attendu cette échéance pour se mettre au travail et la parution de ce texte est imminente.

– Sept décrets, relatifs aux pigments de tatouage, à la revente des dispositifs médicaux d'occasion, aux micro-organismes et toxines, à la cosmétovigilance, aux eaux minérales et au saturnisme, de même que celui relatif aux messages sanitaires sur les publicités alimentaires, ne pourront paraître qu'après expiration du délai de notification de trois mois auprès des instances européennes.

– Quatre décrets, relatifs au fonctionnement et aux codes de déontologie des ordres des masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues, sont conditionnés par la mise en place de ces ordres et ne pourront donc être publiés qu'en mars et décembre 2006.

– Enfin, les textes relatifs à l'InVS font l'objet de travaux scientifiques préalables, comme celui relatif à la politique vaccinale, qui devrait paraître en juin 2006, ou d'une expérimentation préalable, comme celui relatif aux conditions de traitement des événements indésirables graves.

– La DGS a préparé un projet de rapport sur les publications de décrets, qui sera transmis au Parlement avant la fin de l'année. Toutes ces dispositions sont évidemment très importantes. Les grands axes de la loi seront traduits dans les décrets d'ici à fin janvier 2006 et pourront se mettre concrètement en place courant 2006. S'il convient de se montrer attentif à la place de la concertation, qui requiert du temps, la partie réglementaire ne doit en rien dénaturer le vote parlementaire et il importe de passer à la vitesse supérieure ; le gouvernement s'y emploie.

**Le ministre** a ensuite apporté les éléments de réponse suivants au rapporteur :

– Le dispositif du HCSP sera opérationnel à la fin du premier trimestre 2006, dès la publication de deux décrets en Conseil d'État. Le premier répartit les missions anciennement gérées par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF). Le second organise le fonctionnement du nouveau HCSP : le secrétariat du Haut conseil sera assuré par la DGS ; les avis seront étudiés dans des commissions spécialisées composées d'experts permanents qui pourront aussi faire appel à des comités techniques permanents ; un collège multidisciplinaire organisera la coordination en regroupant les présidents des commissions et dix autres experts ; les saisines éventuelles des agences de sécurité sanitaire passeront par le ministère de la santé, seule tutelle du HCSP. Ces deux décrets, actuellement finalisés, ont été soumis à une large concertation. Le deuxième a d'ores et déjà été transmis au Conseil d'État mais celui-ci a réservé son avis pour n'en donner qu'un seul, global, sur les deux textes.

– Le thème de l’assurabilité est prioritaire, car il est inacceptable que des assurés ayant combattu la maladie perdent la possibilité d’accéder facilement au crédit. La convention Belorgey ne donne pas pleine satisfaction ; les associations d’usagers font état de cas difficilement justifiables. Il est nécessaire d’établir un état précis de l’application de cette convention et d’en tirer toutes les conclusions qui s’imposent. Le gouvernement a demandé pour ce faire l’appui de l’Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et a également l’intention de rencontrer la Fédération bancaire française et la Fédération française des sociétés d’assurance sur ce sujet. La convention présente certes le grand mérite de prendre le problème en considération mais les choses n’ont pas suffisamment avancé et il faut offrir davantage de possibilités aux assurés concernés. S’il s’avérait impossible d’aller au-delà dans l’application de la convention, le gouvernement se verrait obligé de prendre d’autres dispositions, d’ordre législatif ou réglementaire.

– L’EHESP, construite à partir de l’École nationale de la santé publique (ENSP), se voit attribuer quatre missions par la loi de santé publique. Le décret sera envoyé début décembre au Conseil d’État. Le projet pédagogique est en cours d’élaboration au sein d’un groupe de travail santé-enseignement-recherche, auquel sont adjointes des personnalités qualifiées, animé par le directeur de l’ENSP ; il sera prêt en février. Le siège de l’école n’est pas encore fixé mais l’objectif est de l’ouvrir pour la rentrée 2006.

– Le ministère, en accord avec les organisations représentatives des professionnels concernés, s’est engagé dans la rédaction du décret d’application de l’article 52 de la loi de santé publique, qui concerne la reconnaissance du titre de psychothérapeute. Le projet de décret doit être soumis à une large concertation en décembre 2005. Le principal objet de ce texte est la mise en place d’une formation de qualité dans les domaines de la psychopathologie et des psychothérapies. Cette formation sera nécessairement plurielle, les acteurs de santé utilisant des techniques psychothérapeutiques venant d’horizons multiples. Il conviendra aussi de prévoir que les professionnels actuellement en exercice puissent le cas échéant bénéficier d’équivalences. La rédaction définitive de ce décret devrait intervenir en début d’année 2006.

– L’évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation médicale continue (FMC) ne sauraient être déconnectées, la première étant une forme d’application de la seconde. Cela se concrétisera, dans le décret relatif à la FMC, par la fusion au niveau régional de la commission évaluation des pratiques professionnelles et des commissions formation médicale continue. La Haute Autorité de santé continuera à piloter l’évaluation des pratiques professionnelles, les commissions nationales de formation médicale continue ayant la responsabilité des orientations en matière de formation. L’EPP est financé par le Fonds d’aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et les unions régionales des médecins libéraux (URML). Enfin, une mission de l’IGAS est actuellement en cours pour déterminer les modalités pratiques de la FMC, notamment en lien avec l’industrie pharmaceutique.

– L'article 42 de la loi de santé publique prévoit un rapport relatif à l'organisation d'états généraux sur l'alcool, que le gouvernement a effectivement remis au Parlement le 4 novembre 2005. L'étude approfondie de ces propositions permettra de conclure s'il faut comme prévu organiser un débat public sur la question. Le rapport a été rendu public et est consultable sur le site Internet du ministère. L'installation du comité national d'orientation se fera en janvier 2006. En ce qui concerne le financement, l'opérateur sera l'INPES.

**M. Jean-Marie Le Guen** s'est étonné que la publication des textes d'application ait pris autant de retard, alors que l'adoption de la loi, après deux lectures, avait déjà pris beaucoup de temps. La procédure du rapport d'application vise à stimuler la production des décrets mais il reste indiscutablement des progrès à accomplir. Les problématiques de santé publique portent sur le long terme mais il n'en faut pas moins agir vite et fort. Les motifs de cette lenteur sont d'ordre politique et non administratif : les hésitations du gouvernement, le fonctionnement de l'État et le manque de moyens alloués à la DGS.

A propos du conseil de modération et de prévention, l'opposition a eu la désagréable surprise de voir le Sénat adopter une disposition mettant la santé publique sous la tutelle des milieux de l'alcool. Dans le même ordre de préoccupation, le gouvernement reprendra-t-il la proposition de loi relative à la protection contre les dangers du tabagisme passif déposée par M. Yves Bur, qui ne semble pas être programmée à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale ?

La charte de la commission Belorgey a été élaborée en 2001, si ce n'est auparavant, et le Parlement a toujours déploré ses insuffisances. Les constatations du gouvernement convergent vers cette analyse ; les députés y sont évidemment sensibles.

L'opposition a défendu le plan cancer proposé par le Président de la République, mais l'absence totale d'information du Parlement lui pose problème. La décision de l'implantation du siège de l'INCa, par exemple, ne relève pas d'un choix sanitaire mais d'une logique d'aménagement du territoire « inversée » puisqu'il sera implanté dans l'ouest parisien. Il serait dommage que l'opacité régnant sur cette question contraigne l'opposition à émettre des critiques.

Objectivement, le dossier de la psychothérapie est compliqué et la difficulté d'écriture est compréhensible. Il ne serait donc pas inutile que la commission et son président soient associés à la rédaction du décret.

Par ailleurs, le président Jean-Michel Dubernard a reçu, le 4 novembre, un dossier relatif aux états généraux sur l'alcool, mais n'a pas communiqué l'information à la commission. Quel sens revêt le contrôle parlementaire s'il se limite au contrôle du président de la commission ?

Le retrait d'un rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) du site du ministère, effectué par le ministre précédent, avait surpris. Il serait de bon aloi de rétablir l'ordre scientifique des choses : un rapport

scientifique doit être exposé, critiqué mais certainement pas censuré, quelles que soient les options idéologiques du ministre.

**Le rapporteur** a rappelé que l'objet de la réunion est de contrôler l'application de la loi de santé publique et non de l'évaluer.

**M. Gérard Bapt** a déploré que d'autres textes restent en attente de décrets d'application, notamment la réforme de l'assurance maladie et même la loi sur les droits des malades, qui remonte pourtant à 2002. Si quelques emplois ont été créés à la DGS afin de tirer les conséquences de la catastrophe de la canicule et d'être plus actif en matière de prévision et de gestion des crises sanitaires, il semblerait qu'une rotation trop rapide de ses agents nuise à son efficacité et que ses moyens restent globalement insuffisants.

Légiférer sur des sujets de santé publique doit être du seul ressort du ministre chargé de la santé publique, après examen et accord de la commission permanente de l'Assemblée nationale compétente dans ce domaine. Il est anormal qu'une loi relative à l'agriculture, à l'aménagement rural ou à la formation professionnelle aborde de tels sujets.

L'Agence de la biomédecine, à l'instar de l'INCa, est sujette à quelques turbulences. Le financement et la gestion du plan cancer feront l'objet d'un débat, fin 2005 ou début 2006, devant la commission des finances de l'Assemblée. Mais où en est l'Agence de la biomédecine ?

**M. Jean-Pierre Door** a approuvé le principe de ces séances consacrées au suivi des lois après leur adoption et jugé très convenable le bilan présenté par le gouvernement, au vu de l'accélération sensible de la publication des décrets.

La loi de santé publique répond à des attentes importantes, concernant notamment l'installation des conseils de l'ordre réclamés par les pédicures-podologues et les masseurs-kinésithérapeutes ou la formation médicale continue obligatoire. La révision de la convention Belorgey est également essentielle pour garantir l'accessibilité à l'assurance des personnes rencontrant des problèmes médicaux.

Face au regain du sida mais aussi de la tuberculose ou de la syphilis, que l'on croyait pourtant jugulées, il convient de ne pas baisser la garde en matière d'évaluation et de veille sur les maladies infectieuses.

Enfin, il serait intéressant, même si ce sujet s'écarte de l'ordre du jour, que le ministre, de retour de Chine, donne à la commission la primeur de son analyse sur le dossier brûlant de la grippe aviaire.

**M. Pierre-Louis Fagniez** a estimé que la loi de santé publique est suffisamment importante pour que les députés n'évoquent pas d'autres sujets, tout aussi cruciaux mais étrangers à l'ordre du jour, comme celui de la loi de bioéthique. Il est certes dommage que le gouvernement n'ait pas pris la peine de

donner des informations en temps réel sur l'implantation de l'INCa, mais ses explications *a posteriori* ont pleinement convaincu les conseillers généraux du Val-de-Marne, département qui était aussi sur les rangs : la décision a été prise sur recommandation d'une commission composée exclusivement de scientifiques, parmi lesquels le professeur Maurice Tubiana.

Le Premier président de la Cour des comptes a déjà été amené à sensibiliser la commission au manque de moyens dont souffre la DGS. Les textes réglementaires doivent passer par une multitude d'organismes et d'instances avant d'être transmis au Conseil d'État, mais le gouvernement a bien travaillé et l'on ne peut que se féliciter de l'adoption des décrets concernant la recherche biomédicale, en particulier de celui relatif aux comités de protection des personnes : les chercheurs vont pouvoir faire leur travail.

En réponse aux députés, **le ministre** a apporté les précisions suivantes :

– Concernant le tabac, le rapport de l'IGAS commandé par M. Philippe Douste-Blazy sera rendu public au cours de la première quinzaine de décembre, une concertation sera alors engagée, puis des initiatives seront proposées en janvier 2006. Les différents États ont choisi des voies très différentes pour lutter contre le tabagisme actif et passif ; il convient de mettre à profit les quelques mois à venir pour définir un moyen d'avancer résolument dans une logique de santé publique.

– Le site de l'INCa a été choisi par une commission composée d'experts scientifiques au profil incontestable, au sein de laquelle ne siégeait pas le ministre, mais celui-ci a effectivement reçu les élus qui en ont manifesté le souhait, notamment ceux du Val-de-Marne, pour les informer des critères suivis.

– La loi organique relative aux lois de finances (LOLF) contient deux indicateurs concernant le plan cancer : la mise en œuvre du plan ; le rendu des actions de l'INCa. Cette action fait donc bien l'objet d'un contrôle parlementaire. Le sujet dépasse heureusement les clivages politiques et ne doit pas devenir l'objet de critiques ou de polémiques.

– S'agissant du rapport de l'INSERM retiré du site Internet du ministère, le ministre a exigé de M. Jean-Marie Le Guen qu'il cesse de critiquer systématiquement le précédent ministre chargé de la santé en son absence : M. Philippe Douste-Blazy n'a jamais pratiqué la censure et il serait plus juste de saluer la qualité de son action en matière de santé publique.

**M. Jean-Marie Le Guen** a précisé que, s'il faisait de la politique, il n'attaquait pas les hommes et s'est interrogé, par ailleurs, sur le sort de la direction de l'Agence de biomédecine.

**Le ministre** a répondu qu'il n'est pas souhaitable non plus de commenter les informations provenant de la presse, surtout lorsqu'elles sont fausses, comme

c'est le cas concernant l'Agence de la biomédecine. Puis il a poursuivi ses réponses :

– La bioéthique est au cœur des préoccupations du gouvernement et de la commission : comment, par exemple, promouvoir davantage le don d'organe ?

– La DGS aura produit dix-neuf décrets en 2004 et quarante en 2005, alors même qu'elle doit simultanément faire front à la mise en application de plusieurs textes législatifs : elle ne rencontre donc pas de problèmes d'effectifs. Pour être en mesure de publier plus rapidement les textes d'application, il convient, en amont, de mener un travail parallèle d'écriture de la loi et des décrets : une fois la loi publiée, il ne reste alors qu'à tenir compte des débats parlementaires et des amendements adoptés tout en ouvrant la concertation, qui prend du temps mais permet de parvenir à une solution d'équilibre sans dénaturer aucunement l'esprit parlementaire. C'est la méthode qui a été retenue avec succès pour la loi sur l'assurance maladie et ce devrait être la règle pour toutes les autres lois.

– La santé a fait l'objet, ces dernières années, de nombre de lois importantes, et l'enjeu, au-delà des statistiques sur les décrets d'application, est avant tout de faire vivre ces textes. En effet, tant qu'une loi n'est pas entrée dans le quotidien des citoyens, elle reste imperceptible. Il convient de prendre résolument en considération cette dimension pragmatique.

– Les maladies infectieuses ne s'éteignent jamais complètement. La grippe aviaire est certes d'actualité mais ne doit pas occulter, par exemple, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), même si des réponses vaccinales existent pour cette maladie. En plus de l'évaluation et de la veille, il importe de maintenir l'effort en matière de recherche, partout dans le monde, afin d'être en mesure de répondre à toute affection susceptible d'émerger. Pour la dengue, par exemple, la prévention ne suffit pas, d'autant qu'elle n'est pas efficace à 100 %, même à Singapour, pourtant exemplaire dans ce domaine : l'enjeu consiste aussi à développer les thérapies indispensables.

– En matière de recherche biomédicale comme dans tous les domaines de la santé, il faut dégager les moyens nécessaires pour faire face aux risques actuels et surtout aux risques émergents. En tout cas, la mise en application de la loi de santé publique dans les plus brefs délais mobilise la totalité du ministère.

Enfin, **le ministre** a confirmé s'être rendu cette semaine à Hanoi, Shanghai et Hongkong, où il a rencontré ses homologues, les responsables de l'Institut Pasteur et de l'Organisation mondiale de la santé, ainsi que des ressortissants français, afin de mesurer l'état des esprits, l'état de préparation et l'état des besoins concernant la grippe aviaire. Il a indiqué qu'il entrerait dans le détail des enseignements tirés de ce voyage et formulerait des propositions, la semaine prochaine, devant la mission d'information de l'Assemblée sur la grippe aviaire.

**Le rapporteur** a douté qu'il soit nécessaire d'organiser une troisième réunion sur l'application de la loi relative à la politique de santé publique, tant elle semble bien lancée sur les rails. La mise en œuvre de la loi est de la plus grande importance et ne se juge pas à ses seuls textes d'application réglementaires.

**Le ministre** a souligné qu'il se montre particulièrement attentif, après la mise en application d'une loi, à son évaluation, sujet relevant tout autant du mandat politique.

\*

\* \*

*La commission a autorisé le dépôt du rapport sur la mise en application de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.*



## ANNEXE 1 : TABLEAU DE SUIVI DE LA MISE EN APPLICATION DE LA LOI N° 2004-806 DU 9 AOÛT 2004 RELATIVE À LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Art.	Nature <sup>(3)</sup>	Objet du texte réglementaire	Base légale <sup>(4)</sup>	Consultations obligatoires	Etat d'avancement	Date prévue ou effective de parution
2	DCE	Compositions et modalités de fonctionnement du HCSP	L. 1411-4		En cours d'examen au Conseil d'Etat	Décembre 2005
	DCE	CNSP	L. 1411-2 L. 3110-2	UNCAM	Texte publié	<b>Décret n° 2005-1202 du 22 septembre 2005</b> (JO du 25/09/05)
	D	Composition et modalités de fonctionnement de la CNS	L. 1411-3		Décret en cours de publication	Novembre 2005
	A	Nomination des membres de la CNS	L. 1411-3			
	A	Nomination des membres du HCSP	L. 1411-4			
	A	Liste des commissions spécialisées du HCSP	L. 1411-4			
	A	Nomination des membres du CNSP	L. 1413-1			
3	DCE	PRSP et plan d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence (même décret qu'à l'article 19)	L. 1411-11 L. 3110-6		Pas de décret prévu dans l'immédiat. Circulaire du 24/09/04 envoyée aux préfets	
	DCE	Composition et modalités de fonctionnement des CRS	L. 1411-12		Examiné par le Conseil d'Etat en septembre 2005, en cours de signature	Novembre 2005
	A	Indemnisation des membres des CRS	L. 1411-12			
5	DCE et en CM	Agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières et de santé publique	L. 1114-1	CISS	Texte publié	<b>Décret n° 2005-300 du 31 mars 2005</b> (JO du 01/04/05)

(3) Nature du texte réglementaire : décret en Conseil d'Etat (DCE), décret en conseil des ministres (D en CM), décret simple (D) ou arrêté (A).

(4) Article du code de la santé publique, sauf mention contraire : code de l'éducation nationale (CEN), code général des impôts (CGI), code des postes et des communications électroniques (CPCE).

Source : Ministère des solidarités, de la santé et de la famille (novembre 2005).

Art.	Nature <sup>(3)</sup>	Objet du texte réglementaire	Base légale <sup>(4)</sup>	Consultations obligatoires	Etat d'avancement	Date prévue ou effective de parution
	A	Dossier nécessaire à l'agrément des associations	L. 1114-1	CISS		
7	DCE	Organisation et fonctionnement de l'INPES	L. 1417-1	CNAMTS, Com des AT, UNCAM, INPES	Texte publié	<b>Décret n° 2005-591 du 27 mai 2005</b> (JO du 29/05/05)
	D	Programmes de formation à l'éducation à la santé	L. 1417-1		Projet abouti	Novembre 2005
8	DCE	Modalités d'application des groupements régionaux de santé publique (GRSP)	L. 1411-14 à 19	CNAMTS, FNES, FNORS, MSA, CANAM, INVS, INPES	Texte publié	<b>Décret n° 2005-1234 du 26 septembre 2005</b> (JO du 01/10/05)
	D	Convention type des GRSP	L. 1411-14 à 19	CNAMTS, FNES, FNORS, MSA, CANAM, INVS, INPES	Texte publié	<b>Décret n° 2005-1235 du 26 septembre 2005</b> (JO du 01/10/05)
	A	GRSP	L. 1411-14			
9	DCE	Suivi sanitaire des élèves et étudiants	L. 2325-1		Première réunion de travail DGS/EN le 7/03/05	Janvier 2006
	A	Suivi sanitaire des élèves et étudiants	CEN L. 2325-1 (CSP suiveur)			
10	A	Détermination des programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités	L. 1411-6			
	A	Liste des consultations médicales de prévention et des examens de dépistage	L. 1411-6			
	A	En tant que de besoin : objet des consultations médicales de prévention, équipement requis pour procéder aux examens de dépistage, conditions de mise en œuvre des consultations des examens et de l'information du patient, conditions de transmission des informations nécessaires à l'évaluation du dispositif	L. 1411-7			
	A	Conditions de transmission de données par les médecins qui réalisent des consultations de prévention et des examens de dépistage au ministre de la santé ou au préfet de région	L. 1411-8			

Art.	Nature <sup>(3)</sup>	Objet du texte réglementaire	Base légale <sup>(4)</sup>	Consultations obligatoires	Etat d'avancement	Date prévue ou effective de parution
11	D	Fixation des conditions dans lesquelles seront pratiquées certaines vaccinations	L. 3111-2	CSHPF / CTV	Texte non rédigé, études préalables en cours	Juin 2006
	D	Modalités de transmission à l'IVS des informations nécessaires à l'évaluation de la politique vaccinale	L. 3111-5	INVS, DREES	Texte non rédigé, études préalables en cours	Juin 2006
	A	Vaccinations	L. 3111-2			
12	DCE	Missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD)	L. 3121-5 alinéa 1 <sup>er</sup>	Représentants des professionnels et des usagers, CNOSS	En cours d'examen par le Conseil d'Etat	Novembre 2005
	D	Approbation du document national des références des actions de réduction des risques	L. 3121-5 alinéa 3	Représentants des professionnels et des usagers	Texte publié	<b>Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005</b> (JO du 15/04/05)
13	A	Règles de bonnes pratiques visant à prévenir les infections liées aux soins	L. 3114-6			
18	DCE	Compositions et modalités de fonctionnement du HCSP	L. 1411-4			Décembre 2005
	DCE *	Modifications des missions de l'ONIAM, transfert des accidents vaccinaux, transfert du FITH, indemnisation des dommages dus aux mesures prises en cas de menace sanitaire	L. 1142-22, L. 3111-9, L. 3122-1 à 6, L. 3110-4	ONIAM, FITH	Décret cours d'examen au Conseil d'Etat	Novembre 2005
	A	Modifications des missions de l'ONIAM, pièces justificatives à fournir à l'appui des demandes d'indemnisation	L. 1142-22 L. 3111-9 L. 3122-1 à 6 L. 3110-4			
19	DCE	PRSP et plan d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence (même décret qu'à l'article 3)	L. 1411-11 L. 3110-6		Pas de décret prévu dans l'immédiat. Circulaire du 24/09/04 envoyée aux préfets	
20	DCE	Plan Blanc	L. 3110-7 à 10		Décret finalisé et en cours d'examen au Conseil d'Etat	Novembre 2005

\* Un seul décret fixe les conditions d'application des articles 18, 115, 118 et 119

Art.	Nature <sup>(3)</sup>	Objet du texte réglementaire	Base légale <sup>(4)</sup>	Consultations obligatoires	Etat d'avancement	Date prévue ou effective de parution
21	A	Modalités de désignation et les missions des centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles	L. 1413-4		Texte publié	<b>Arrêté du 29 novembre 2004</b> (JO du 03/12/04)
	A	IVS et centres nationaux de référence	L. 1413-4			
22	DCE	Conditions applicables aux micro-organismes et toxines	L. 5139-2		Texte en cours de rédaction	Janvier 2006
	A	Liste des micro-organismes et toxines	L. 5139-1			
24	A	Suivi statistique de la santé des enfants	L. 2132-3			
25	DCE	Modalités de transmission des certificats de décès	L. 2223-42	CNIL, INVS, INSERM	Texte en cours de rédaction	Janvier 2006
26	DCE	Capital et modification de capital des SEML				Décembre 2005
27	DCE	Conditions de participation des établissements publics de santé au capital des SEML	L. 6145-7			
28	A	Statistiques sur les accidents de circulation	non codifié			
29	DCE	Message sanitaire dans les publicités télévisuelles portant sur certains aliments	L. 2133-1	BVP, AFSSA, INPES		Janvier 2006
	A	Message sanitaire dans les publicités télévisuelles portant sur certains aliments	L. 2133-1			
31	DCE	Composition nutritionnelle des denrées alimentaires	L. 214-1 du code de la consommation		Texte non rédigé	Juin 2006
	A		L. 214-1 du code de la consommation			
33	D	Modalités de mise en œuvre de l'INCa	L. 1415-3	« GIP de préfiguration »	Texte publié	<b>Décret n° 2005-419 du 3 mai 2005</b> (JO du 05/05/05)
	D en CM	Désignation des dirigeants de l'INCa	L. 1415-4			<b>Décret du 3 août 2005,</b> (JO du 6 août 2005)
	A	Approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public dénommé « Institut national du Cancer »			Texte publié	<b>Arrêté du 22 juin 2005</b> (JO du 24 juin 2005)

Art.	Nature <sup>(3)</sup>	Objet du texte réglementaire	Base légale <sup>(4)</sup>	Consultations obligatoires	Etat d'avancement	Date prévue ou effective de parution
	A	Nomination des membres du conseil d'administration de l'INCA			Texte publié	<b>Arrêté du 5 juillet 2005</b>
35	DCE	Dispositions applicables aux radiophysiciens employés dans les établissements publics de santé	L. 1333-11		Projet de décret en phase de finalisation	Novembre 2005
38	D	Prix de détail minimum des cigarettes	572 CGI		Texte publié	<b>Décret n° 2004-975 du 13 septembre 2004</b> (JO du 18/09/04)
	A	Homologation des prix de vente au détail des tabacs manufacturés en France, à l'exclusion des DOM.	572 CGI		Texte publié	<b>Arrêté du 13 septembre 2005</b> (JO du 24/09/05)
39	A	Liste des publications professionnelles spécialisées				
46	DCE	Cas et conditions de transfert hôteliers des débits de boissons sans limitation de distance	L. 3332-11	non	Texte en cours de rédaction bureau	Janvier 2006
	A	Transfert des débits de boisson : composition des dossiers de transfert de débits de boisson	L. 3332-11			
	A	Transfert des débits de boisson : normes de classification auxquelles doivent répondre les hôtels de tourisme pour pouvoir bénéficier du transfert d'un débit de boissons.	L. 3332-11			
47	D	Médicaments bénéficiaires d'une ATU (I de l'article 47)	L. 5121-12			Novembre 2005
	DCE	Pharmacies à usage intérieur (II à IX de l'article 47)	L. 5126-2			Décembre 2005
48	D	Modalités de définition du cours d'apprentissage des gestes de secours dans les collèges et lycées	L. 312-16 du code EN			Décembre 2005
52	DCE	Réglementation applicable aux psychothérapeutes	non codifié	CNOM, Syndicats professionnels, associations de professionnels	Projet de décret rédigé, pour une mise à la concertation au dernier trimestre 2005	Janvier 2006
	A	Réglementation applicable aux psychothérapeutes	non codifié			
57	DCE	Mesures de publicité de l'acte portant déclaration d'utilité publique des captages d'eau	L. 1321-2	Mission interministérielle des eaux, conseil national de l'eau, agences	Décret en cours de finalisation	Décembre 2005
	DenCM	Autorisations ministérielles dérogatoires à la déconcentration des décisions administratives individuelles				

Art.	Nature <sup>(3)</sup>	Objet du texte réglementaire	Base légale <sup>(4)</sup>	Consultations obligatoires	Etat d'avancement	Date prévue ou effective de parution
59 et 65	DCE	Modalités d'application du chapitre relatif aux eaux potables et aux eaux minérales nouvelles				Janvier 2006
64 et 67	DCE et décret en CE et CM	Modalités d'application du chapitre relatif aux eaux potables et aux eaux minérales naturelles (autorisations ministérielles)	L. 1322-10 L. 1322-13	CSHPF, AFSSA, AFSSE, professionnels	Texte en cours de rédaction	Janvier 2006
72 à 77	DCE	Modalités d'application des dispositions de lutte contre le saturnisme	L. 1334-1 à 12	CSHPF, DGUHC, comité technique plomb, AFSSE	Projet de décret examiné par le Conseil d'Etat le 20 septembre 2005	Janvier 2006
73	A	Lutte contre le saturnisme. Diagnostic : seuil et méthodes de mesure	L. 1334-2		En cours d'achèvement	
74	A	Lutte contre le saturnisme. Contrôle des travaux : seuils et méthodes de mesure	L. 1334-3		En cours d'achèvement	
76	A	Lutte contre le saturnisme. CREP : seuil, méthodes de mesure, notice d'information et critères de transmission au préfet	L. 1334-5, -6, -7 et -10		En cours d'achèvement	
	A	Lutte contre le saturnisme. CREP avant travaux en parties communes (notion d'altération des revêtements et seuils)	L. 1334-8		En cours d'achèvement	
79	A	Message sanitaire sur les baladeurs	L. 5232-1			
80	A	Modalités de mesure des champs électromagnétiques et de contrôle du respect des valeurs fixées (installations radioélectriques)	L. 1333-21			
	A	Dossier d'état des lieux d'installations radioélectriques	L. 96-1 du CPCE			
81	DCE	Modalités d'application des dispositions applicables aux systèmes d'aéroréfrigération	L. 1335-2-3		Texte non rédigé. Attente des conclusions de l'expertise de l'AFSSA	
82	DCE	Désignation et assermentation des inspecteurs de la radioprotection	L. 1333-19			Novembre 2005
	A	Agrément des organismes d'analyse des échantillons prélevés par les inspecteurs de la radioprotection	L. 1336-1-1			Pilotage DGSNR

Art.	Nature <sup>(3)</sup>	Objet du texte réglementaire	Base légale <sup>(4)</sup>	Consultations obligatoires	Etat d'avancement	Date prévue ou effective de parution
84 et 85	DCE	Missions de l'EHESP	L. 756-2 EN L. 1415-1 CSP	CNESER		Décembre 2005
	A	EHESP	L. 756-2 EN L. 1415-1 CSP			
88 à 92	DCE	Recherches biomédicales (principes généraux, comités de protection, dispositions particulières...)	L. 1121-1 à L. 1126-7	LEEM, SNITEM, DRC des CHU, INSERM, CNRS, DRASS, CISS, CNCP, CNOM, CNOP	Avis du Conseil d'Etat rendu le 3 octobre 2005	Novembre 2005
88	A	Recherches biomédicales : définition des règles de bonnes pratiques cliniques	L. 1121-3 alinéa 7			
	A	Recherches biomédicales : fixation du montant maximum des indemnités perçues par une personne qui se prête à une recherche	L. 1121-11 alinéa 1			
	A	Recherches biomédicales : liste et contenu des informations figurant dans la base de données nationale des recherches biomédicales	L. 1121-15 alinéas 1 et 2			
90	A	Recherches biomédicales : agrément ou renouvellement d'agrément des comités de protection des personnes	L. 1123-1			
	A	Recherches biomédicales : modalités de la taxe due par les promoteurs de recherche	L. 1123-4			
	A	Référentiel d'évaluation des CPP	L. 1123-14			
92	A	Utilisation thérapeutique d'organes ou tissus d'origine animale : règles de bonne pratique, conditions sanitaires et règles d'identification	L. 1125-2			
96	A	Recherches biomédicales : médicaments expérimentaux (définition des bonnes pratiques de fabrication)	L. 5121-5 L. 5124-1			
98	DCE	FMC des médecins	L. 4133-7 et -1 L. 6155-1 et -5 L. 4131-1-1	Conseils nationaux de la FMC, CNOM	Projet de décret soumis pour consultation aux organisations professionnelles durant l'été 2005	Décembre 2005

Art.	Nature <sup>(3)</sup>	Objet du texte réglementaire	Base légale <sup>(4)</sup>	Consultations obligatoires	Etat d'avancement	Date prévue ou effective de parution
99	DCE	Conditions de mise en œuvre de la formation continue de la profession de chirurgien-dentiste	L. 4143-1	Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes, CNFCO	Projet de décret soumis pour consultation aux organisations professionnelles durant l'été 2005	Décembre 2005
	DCE	Conditions de mise en œuvre de la formation continue de la profession de sage-femme	L. 4153-1	Conseil de perfectionnement des sages-femmes, Conseil national de l'ordre des sages-femmes	Elaboration à l'étude	Janvier 2006
	DCE	Condition de mise en œuvre de la formation continue de la profession de préparateur en pharmacie	L. 4242-1	Commission des préparateurs en pharmacie	Projet de décret soumis pour consultation aux organisations professionnelles durant l'été 2005	Janvier 2006
	DCE	Conditions de mise en œuvre de la formation continue des auxiliaires médicaux	L. 4382-1		Elaboration à l'étude	Janvier 2006
	A	FMC chirurgiens dentistes	L. 4143-1			
	A	FMC sages femmes	L. 4153-1			
	A	FMC préparateurs en pharmacie	L. 4242-1			
	A	FMC auxiliaires médicaux	L. 4382-1			
100	DCE	Formation pharmaceutique continue	L. 4236-6	Conseil national de l'ordre des pharmaciens, syndicats		Décembre 2005
	A	Conseil national de la formation pharmaceutique continue	L. 4236-6			
102 et 104	A	Liste des médicaments pouvant être prescrits par les sages femmes	L. 5134-1		Texte publié	<b>Arrêté du 12 octobre 2005</b> (JO du 8 novembre 2005)
103	A	Liste des vaccinations pouvant être pratiquées par les sages-femmes	L. 4151-2		Texte publié	<b>Arrêté du 22 mars 2005</b> (JO du 3 avril 2005)
105	A	Conditions d'admission dans les écoles de sage-femme de candidats admis à poursuivre des études médicales odontologiques ou pharmaceutiques à l'issue de PCEM1	EN L. 631-1		En attente de mise en place 1ere année commune des études de santé et système européen LMD	
106	DCE	Conditions de remplacement des sages-femmes par les étudiants	L. 4151-6	Conseil de l'ordre des sages-femmes	Texte publié	<b>Décret n° 2005-833 du 22 juillet 2005</b> (JO du 23/07/05)

Art.	Nature <sup>(3)</sup>	Objet du texte réglementaire	Base légale <sup>(4)</sup>	Consultations obligatoires	Etat d'avancement	Date prévue ou effective de parution
	A	Fixation du nombre d'heures de stages cliniques devant être effectuées par les étudiants sages-femmes sollicitant l'autorisation d'exercice de la profession			Texte publié	<b>Arrêté du 22 juillet 2005</b> (JO du 23 juillet 2005)
108	DCE	Ordre des masseurs kinésithérapeutes (composition et modalités d'élection des conseils et des chambres disciplinaires des ordres)	L. 4321-20	CSPP des masseurs kinésithérapeutes, syndicats		Novembre 2005
	DCE	Ordre des masseurs kinésithérapeutes (organisation, fonctionnement et procédure disciplinaire)				Mars 2006
	DCE	Code de déontologie de la profession de masseur kinésithérapeute	L. 4321-21	CSPP des masseurs kinésithérapeutes, syndicats	Texte non rédigé, lié à la mise en place de l'ordre	Décembre 2006
	A	Ordre des masseurs kinésithérapeutes	L. 4321-20			
110	DCE	Ordre des pédicures podologues (composition et modalités d'élection des conseils et des chambres disciplinaires des ordres)	L. 4322-13	CSPP des pédicures podologues, syndicats		Novembre 2005
	DCE	Ordre des masseurs kinésithérapeutes (organisation, fonctionnement et procédure disciplinaire)				Mars 2006
	DCE	Code de déontologie des pédicures podologues	L. 4322-14	CSPP des pédicures podologues, syndicats	Texte non rédigé lié à la mise en place de l'ordre	Décembre 2006
	A	Ordre des pédicures podologues	L. 4322-13			
111	DCE	Conditions d'exercice et règles professionnelles des conseillers en génétique	L. 1132-2			Décembre 2005
	DCE	Conditions de formation, de diplôme et d'exercice de la profession de conseiller en génétique	L. 1132-2			Décembre 2005
115	DCE *	Modifications des missions de l'ONIAM : transfert des accidents vaccinaux, transfert du FITH, indemnisation des dommages dus aux mesures prises en cas de menace sanitaire	L. 1142-22 L. 3111-9 L. 3122-1 à 6 L. 3110-4	ONIAM FITH	Décret en cours d'examen au Conseil d'Etat	Novembre 2005
	A	Modifications des missions de l'ONIAM : pièces justificatives à fournir à l'appui des demandes d'indemnisation	L. 1142-22 L. 3111-9 L. 3122-1 à 6 L. 3110-4			

\* Un seul décret fixe les conditions d'application des articles 18, 115 118 et 119

Art.	Nature <sup>(3)</sup>	Objet du texte réglementaire	Base légale <sup>(4)</sup>	Consultations obligatoires	Etat d'avancement	Date prévue ou effective de parution
116	A	Homologation des bonnes pratiques de conservation et de distribution des PSL	L. 1223-3			
117	DCE	Déclaration des événements indésirables graves	L. 1413-14		Texte non rédigé. Expérimentation préalable prévue par la loi (arrêté en cours)	Août 2007
	A	Expérimentation sur déclaration événements indésirables graves	L. 1413-14 et L. 1413-16 (3°)			
118	DCE *	Modifications des missions de l'ONIAM : transfert des accidents vaccinaux, transfert du FIT, indemnisation des dommages dus aux mesures prises en cas de menace sanitaire	L. 1142-22 L. 3111-9 L. 3122-1 à 6 L. 3110-4	ONIAM FITH	Décret en cours d'examen au Conseil d'Etat	Novembre 2005
	A	Modifications des missions de l'ONIAM. Pièces justificatives à fournir à l'appui des demandes d'indemnisation	L. 1142-22 L. 3111-9 L. 3122-1 à 6 L. 3110-4			
119	DCE *	Modifications des missions de l'ONIAM : transfert des accidents vaccinaux, transfert du FITH, indemnisation des dommages dus aux mesures prises en cas de menace sanitaire	L. 1142-22 L. 3111-9 L. 3122-1 à 6 L. 3110-4	ONIAM FITH	Décret en cours d'examen au Conseil d'Etat	Novembre 2005
	A	Modifications des missions de l'ONIAM : pièces justificatives à fournir à l'appui des demandes d'indemnisation	L. 1142-22 L. 3111-9 L. 3122-1 à 6 L. 3110-4			
123	A	Propharmacie : liste des médicaments	L. 4211-3		Texte rédigé et transmis pour avis aux ordres des médecins et des pharmaciens et au syndicat des propharmaciens	
127	D	Publicité anticipée des médicaments qui ne sont plus remboursés	L. 5122-6	CEPS, AFIPA, LEEM, AFSSAPS, CNAMTS, UNCAM	Texte publié	<b>Décret n° 2005-987 du 10 août 2005</b> (JO du 13/08/05)

\* Un seul décret fixe les conditions d'application des articles 18, 115 118 et 119

Art.	Nature <sup>(3)</sup>	Objet du texte réglementaire	Base légale <sup>(4)</sup>	Consultations obligatoires	Etat d'avancement	Date prévue ou effective de parution
129	DCE	Règles en matière de vigilance exercée sur les dispositifs médicaux (DM)	L. 5212-3	Ordres et syndicats hospitaliers SNITEM	Texte à transmettre au Conseil d'Etat	Décembre 2005
	A	Liste des règles applicables à la vigilance sur les DM	L. 5212-3			
130	A	Conditions de délivrance du certificat de capacité à effectuer des prélèvements sanguins et formations complémentaires pour prélèvements à domicile				
133	DCE	Conditions d'intégration à l'IGAS des médecins et praticiens hospitaliers	non codifié		Texte soumis à consultation	
135	DCE	Prolongation d'activité des personnels médicaux hospitaliers	non codifié		Texte publié	<b>Décret n° 2005-207 du 1<sup>er</sup> mars 2005</b> (JO du 03/03/05)
139	DCE	Cosmétovigilance (mise en œuvre du signalement par les professionnels de santé, informations demandées aux fabricants par l'AFSSAPS, délai de réponse et sécurisation des données)	L. 5131-9	AFSSAPS CAP Syndicats industrie cosmétique	Texte à notifier à la Commission européenne puis à transmettre au Conseil d'Etat	Décembre 2005
	A	Bonnes pratiques de cosmétovigilance	L. 5131-9			
140	DCE	Revente de DM d'occasion : agrément des organismes et attestation technique nécessaire pour la revente	L. 5212-1		Texte à notifier à la Commission européenne puis à transmettre au Conseil d'Etat	Mars 2006
	A	Liste des DM d'occasion	L. 5212-1			
141	DCE	Financement des groupements de coopération sanitaire	L. 6133-1			Décembre 2005
148	A	Bonnes pratiques de laboratoire pour les médicaments à usage humain	L. 5121-7		Texte publié	<b>Arrêté du 19 novembre 2004</b> (JO du 02/12/04)
	A	Bonnes pratiques de laboratoire pour les cosmétiques	L. 5131-5		Texte publié	<b>Arrêté du 20 juillet 2005</b> (JO du 28/07/05)
	A	Bonnes pratiques de laboratoire pour les médicaments vétérinaires	L. 5141-4		Texte publié	<b>Arrêté du 28 janvier 2005</b> (JO du 20/02/05)

Art.	Nature <sup>(3)</sup>	Objet du texte réglementaire	Base légale <sup>(4)</sup>	Consultations obligatoires	Etat d'avancement	Date prévue ou effective de parution
149	DCE	Réglementation des pigments pour tatouage	L. 513-10-1	AFSSAPS	Texte en cours de finalisation (avec l'AFSSAPS)	Janvier 2006
	A	Bonnes pratiques de fabrication des produits de tatouage	L. 513-10-3			
	A	Définition des règles générales relatives aux modalités d'inspection et de vérification des bonnes pratiques de laboratoire et à la délivrance de documents attestant de leur respect	L. 513-10-3			
	A	Bonnes pratiques de laboratoires pour les produits de tatouage	L. 513-10-3			
154	DCE	Conditions de réalisation des analyses de biologie médicale par des laboratoires installés en Europe	L. 6211-2-1	CNPMB, CNAMTS, UNCAM		Novembre 2005
156	DCE	Suspension en cas d'urgence des médecins	Art. 44 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002		Texte publié	<b>Décret n° 2004-445 du 23 décembre 2004</b> (JO du 30/12/04)

## ANNEXE 2

### LISTE DES CIRCULAIRES D'APPLICATION

– Circulaire n° DGS/SD1/2004/454 du 24 septembre 2004 envoyée aux préfets relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique (PRSP).

– Circulaire conjointe des ministères de l'écologie et du développement durable, de la santé et de la protection et du ministre délégué aux relations du travail du 3 novembre 2004 relative au plan national santé environnement (PNSE) définissant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les pollutions de l'environnement ayant un impact sur la santé.

– Circulaire n° DGS/SD7A/2005/59 du 31 janvier 2005 à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan départemental de protection des captages servant à la production d'eau destinée à la consommation humaine ainsi qu'aux moyens des DDASS et DRASS dans le domaine de l'eau nécessaire pour effectuer ce plan.

– Circulaire n° DGS/SD1/2005/123 du ministère de la santé du 7 mars 2005 relative à l'entrée en vigueur des dispositions relatives aux recherches biomédicales issues de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

– Circulaire n° DGS/SD1A/2005/203 du 25 avril 2005 relative au financement du processus de concertation régionale dans le cadre de l'élaboration des plans régionaux de santé publique.

– Circulaire n° DGS/SD7A/DHOS/E4/2005/286 du 20 juin 2005 relative au référentiel d'inspection des mesures de prévention des risques liés aux légionelles dans les établissements de santé.

– Circulaire n° DGS/SD5C/SD7A/DESUS/2005/323 du 11 juillet 2005 relative à la diffusion du guide d'investigation et d'aide à la gestion d'un ou plusieurs cas de légionellose.

– Circulaire n° DGS/SD1A/2005/369 du 2 août 2005 relative à la mise en place des conférences régionales de santé en 2005.

– Circulaire n° DHOS/E4/DGS/SD7A/2005/417 du 9 septembre 2005 relative au guide technique sur l'eau dans les établissements de santé.

– Circulaire n° DGS/SD7A-DHOS/E4-DGAS/SD2/493 du 28 octobre 2005 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées.



## ANNEXE 3

### LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES UTILISÉS

<b>AFIPA</b>	Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable
<b>AFSSA</b>	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
<b>AFSSAPS</b>	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
<b>AFSSE</b>	Agence française de sécurité sanitaire environnementale
<b>ARH</b>	Agence régionale de l'hospitalisation
<b>ATU</b>	Autorisation temporaire d'utilisation
<b>BVP</b>	Bureau de vérification de la publicité
<b>CAARUD</b>	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
<b>CANAM</b>	Caisse d'assurance maladie des travailleurs non salariés
<b>CAP</b>	Commission administrative paritaire
<b>CEPS</b>	Comité économique des produits de santé
<b>CHU</b>	Centre hospitalo-universitaire
<b>DRC</b>	Délégation à la recherche clinique
<b>CISS</b>	Collectif interassociatif sur la santé
<b>CNAMTS</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
<b>CNCP</b>	Commission nationale de la certification professionnelle
<b>CNESER</b>	Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche
<b>CNFCO</b>	Conseil national pour la formation continue odontologique
<b>CNIL</b>	Commission nationale de l'informatique et des libertés
<b>CNOM</b>	Conseil national de l'ordre des médecins
<b>CNOP</b>	Conseil national de l'ordre des pharmaciens
<b>CNOSS</b>	Comité national de l'organisation sanitaire et sociale
<b>CNRS</b>	Centre national de la recherche scientifique

<b>CNS</b>	Conférence nationale de santé
<b>CNSP</b>	Comité national de santé publique
<b>CPCE</b>	Code des postes et communications électroniques
<b>CPP</b>	Comité de protection des personnes
<b>CREP</b>	Constat de risque d'exposition au plomb
<b>CRS</b>	Conférence régionale de santé
<b>CSHPF</b>	Conseil supérieur d'hygiène publique de France
<b>CSPP</b>	Conseil supérieur des professions paramédicales
<b>DGNSR</b>	Direction générale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection
<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>DGUHC</b>	Direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction
<b>DHOS</b>	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
<b>DM</b>	Dispositif médical
<b>DOM</b>	Département d'outre-mer
<b>DRASS</b>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
<b>EHESP</b>	Ecole des hautes études en santé publique
<b>FITH</b>	Fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles
<b>FMC</b>	Formation médicale continue
<b>FNES</b>	Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé
<b>FNORS</b>	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
<b>GIP</b>	Groupement d'intérêt public
<b>GRSP</b>	Groupement régional de santé publique
<b>HCSP</b>	Haut conseil de la santé publique
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales
<b>INCa</b>	Institut national du cancer
<b>INPES</b>	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
<b>INSERM</b>	Institut national de la santé et de la recherche médicale
<b>InVS</b>	Institut de veille sanitaire

<b>LEEM</b>	Les entreprises du médicament
<b>MILDT</b>	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
<b>MSA</b>	Mutualité sociale agricole
<b>ONIAM</b>	Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
<b>PRSP</b>	Plan régional de santé publique
<b>SNITEM</b>	Syndicat national de l'industrie des technologies médicales
<b>UNCAM</b>	Union nationale des caisses d'assurance maladie
<b>URCAM</b>	Union régionale des caisses d'assurance maladie
<b>URML</b>	Union régionale des médecins exerçant à titre libéral

-----  
N° 2706 – Rapport déposé en application de l'article 86, alinéa 8, du Règlement par la commission des affaires culturelles sur la mise en application de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (M. Jean-Michel Dubernard)