

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I I I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

**Mission d'évaluation et de contrôle
des lois de financement
de la sécurité sociale**

- Audition, ouverte à la presse, sur la prévention sanitaire
- M. Antoine Durrleman, président de la sixième chambre de la Cour des comptes, et Mme Marianne Lévy-Rosenwald, conseillère maître2

Mercredi

18 janvier 2012

Séance de 17 heures 30

Compte rendu n° 12

SESSION ORDINAIRE 2011-2012

**Présidence de
M. Jean-Luc Prél,**
rapporteur,
puis de
M. Jean Mallot,
coprésident



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE
DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Mercredi 18 janvier 2012

La séance est ouverte à dix-sept heures quarante.

(Présidence de M. Jean-Luc Prével, rapporteur, puis de M. Jean Mallot, coprésident)

La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) procède à l'audition de M. Antoine Durrleman, président de la sixième chambre de la Cour des comptes, et Mme Marianne Lévy-Rosenwald, conseillère maître.

M. Jean-Luc Prével, président et rapporteur. Je vous remercie, madame, monsieur, de votre présence.

En entendant la Cour des comptes, nous terminons nos auditions comme nous les avons commencées, ainsi que le veut l'usage.

La Cour a proposé dans sa communication remise à la MECSS que le directeur général de la santé puisse devenir le délégué interministériel responsable du pilotage global de la politique de prévention sanitaire. Or, l'actuel directeur général de la santé et plusieurs de ces anciens collègues nous ont fait part du caractère extrêmement prenant de leur travail quotidien. De surcroît, le directeur général de la santé n'a guère de pouvoir sur les autres directeurs du ministère de la santé et, s'il est certes possible de lui conférer une certaine prééminence, il n'aura *a fortiori* tout de même aucune autorité sur les ministères du travail et de l'Éducation nationale. Enfin, de quel pouvoir disposerait-il sur la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ?

Les agences régionales de santé, quant à elles, sont désormais responsables de la prévention et disposent d'une commission dite « de coordination » au sein de laquelle interviennent la médecine du travail et la médecine scolaire. Si le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales n'a pas le pouvoir de s'occuper de l'ensemble de la politique de santé, il est possible que, nommé en conseil des ministres, sous la responsabilité du Premier ministre, chargé de coordonner les agences régionales de santé, elles-mêmes chargées de coordonner l'ensemble de la politique de santé, y compris la prévention, ce fonctionnaire soit *in fine* le mieux placé pour disposer d'un certain pouvoir vis-à-vis des ministères de l'Éducation nationale, du travail, de l'environnement ou de l'agriculture ainsi que de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

En conclusion, comment un responsable du pilotage de la politique de prévention sanitaire pourrait-il bénéficier d'un réel pouvoir sur l'ensemble des acteurs concernés ?

M. Antoine Durrleman, président de la sixième chambre de la Cour des comptes. C'est évidemment la question centrale car si nous disposons d'une institution-pivot sur le plan territorial, tel n'est pas le cas sur un plan national. En la matière, il faut tenir compte du niveau interministériel, absolument nécessaire, mais aussi de la façon dont il est possible de mobiliser l'ensemble d'un Gouvernement.

De notre point de vue, il importe d'avoir un responsable interministériel désigné dont les prérogatives n'entrent pas en contradiction avec celles du ministre de la santé – d'où l'idée d'un délégué interministériel qui serait en même temps directeur général de la santé. Néanmoins, comme vous l'avez souligné et comme il ressort des comptes rendus des auditions auxquelles vous avez procédé, le directeur général de la santé ne peut être responsable de tout : monsieur Joël Ménard, en particulier, a souligné combien il a passé son temps à gérer des crises. C'est donc un problème organisationnel qui se pose.

En outre, le directeur général de la santé-délégué interministériel pourrait s'appuyer davantage sur l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé mais le statut de cet organisme est un peu incertain puisque ce n'est pas une agence nationale de prévention *stricto sensu*, ni une agence sanitaire disposant d'une feuille de route claire dans ce domaine. Dès lors, le directeur général de la santé-délégué interministériel n'aurait plus qu'une fonction de coordination et d'animation. Il serait cependant possible d'imaginer un opérateur dédié, doté de plus de pouvoirs, à même de rendre compte auprès d'une structure interministérielle placée auprès du Premier ministre, peut-être un comité national de prévention présidé par ce dernier et comprenant l'ensemble des ministres parties prenantes, sur le modèle de ce qui existe pour la politique de sécurité routière, où un délégué, dont les fonctions sont à la fois ministérielles et interministérielles, rend compte à un comité présidé par le Premier ministre.

Un nouveau profilage des rôles du directeur général de la santé et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ainsi que la mise en place d'une véritable dimension interministérielle impliquant les membres du Gouvernement concernés par la politique de prévention seraient donc envisageables, même si d'autres solutions existent. Je le répète : un délégué interministériel qui ne serait enté que sur la direction générale de la santé n'aurait guère de pouvoir. Si, en revanche, une agence nationale de prévention, véritable opérateur de l'État, animait la politique de prévention, les choses seraient un peu différentes.

M. Jean-Luc Prél, président et rapporteur. Lors de la création des agences régionales de santé, il avait été envisagé de disposer d'une Agence nationale de la santé mais la ministre et le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés d'alors s'étaient interrogés sur les prérogatives qui leur resteraient. Il est vrai que la création d'une telle agence, qui disposerait de l'ensemble des pouvoirs, demeure possible.

Comme je m'étonnais que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ait prévu le retrait d'une partie importante des fonds de roulement de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, sa directrice m'a expliqué que l'utilisation de son budget nécessitait une autorisation ministérielle. Comment donc faire évoluer cette structure, déjà chargée de la communication gouvernementale, dont l'« indépendance » est quelque peu problématique ?

M. Antoine Durrleman. Peut-être en clarifiant plus nettement sa mission, en lui conférant une responsabilité particulière au sein du réseau des agences sanitaires et en en faisant un véritable bras séculier de l'État.

Cela pourrait s'inscrire dans le cadre d'une réflexion plus globale lors de l'élaboration d'une nouvelle loi de santé publique qui ne serait pas seulement une loi d'orientation dédiée à un certain nombre de thématiques mais qui déclinerait concrètement les moyens permettant de s'assurer que l'on tendra vers les objectifs qui ont été définis. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, quant à elle, n'a pas mis en place le

dispositif institutionnel qui, indépendamment d'une multiplicité excessive d'objectifs, lui aurait permis d'être efficace.

D'autres solutions, bien entendu, sont possibles. Eu égard aux agences régionales de santé, s'il est certes censé de conférer une responsabilité particulière, dans ce domaine, au secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, il n'en est peut-être pas de même vis-à-vis des autres ministères qui contribuent à la politique de prévention, comme celui de l'environnement ou celui de l'agriculture qui joue un rôle important dans la lutte contre l'obésité et dans les relations avec le monde viti-vinicole. Je ne suis pas certain que ces deux ministres accepteraient d'être parties prenantes d'un dispositif dirigé par un haut-fonctionnaire. La force du directeur général de la santé, depuis toujours, est d'être un médecin éminent qui, comme tel, dispose évidemment d'une grande légitimité quel que soit son profil, je songe, par exemple, à messieurs Joël Ménard ou Lucien Abenheim. Cela me semble particulièrement important afin qu'il puisse travailler avec d'autres ministères. Certes, certains énarques sont aussi médecins mais cette qualité-là ne leur est jamais reconnue dès lors qu'ils ont franchi la porte de l'École nationale d'administration.

M. Jean-Luc Prével, président et rapporteur. Lors de nos auditions, j'ai demandé à plusieurs personnes si elles savaient qui avait pris la décision de sortir l'hypertension artérielle sévère de la liste des affections de longue durée. Si nul ne m'a vraiment répondu, j'ai toutefois compris que ce n'était pas le directeur général de la santé pas plus que la Haute Autorité de santé. Alors que les complications oculaires ou rénales de cette pathologie peuvent être importantes si les malades ne sont pas soignés correctement, une décision médicale a tout de même été prise sans se soucier de l'avis du directeur général de la santé ou de la Haute Autorité de santé, ce qui constitue manifestement un problème.

M. Antoine Durrleman. La Cour des comptes est agnostique quant au mode de prise de décision gouvernementale !

M. Jean-Luc Prével, président et rapporteur. Nous avons également auditionné les représentants des ministères du travail et de l'Éducation nationale et nous avons compris que chacun souhaite garder son indépendance, considérant que la situation est correcte dans son secteur même s'il est certes toujours possible d'apporter quelques aménagements... Pourtant, si les infirmières appartiennent à la catégorie A lorsqu'elles travaillent dans les hôpitaux, elles sont encore recrutées dans la catégorie B au sein de l'Éducation nationale. Le manque de coordination entre les différents ministères est patent et préoccupant.

M. Antoine Durrleman. En effet.

La question de la santé au travail constitue un sujet majeur. Il n'en a pas été question dans la communication que nous vous avons remise au mois de septembre puisque la Cour des comptes travaille par ailleurs sur cette question ; elle examine, en particulier, le fonctionnement des services interentreprises de santé au travail. Quoi qu'il en soit, ce secteur est assez largement en déshérence.

La question du positionnement institutionnel est historique mais, au-delà de ce problème, les comptes rendus d'audition dont j'ai pris connaissance mettent en lumière l'importance des difficultés de communication entre les différents acteurs et, donc, la question de la circulation de l'information, alors que des renseignements pourraient être transmis entre médecins traitants, médecins scolaires ou médecins du travail, ce qui, en principe, relève du dossier médical personnel qui devrait donc progressivement devenir le vecteur d'une

information partagée. C'est là un projet difficile sur lequel nous allons travailler cette année, étant entendu qu'à la demande de la MECSS, nous nous intéresserons particulièrement à la question des coûts. Des marges de progrès sont donc réalisables sur ce plan-là.

M. Jean-Luc Prével, président et rapporteur. La loi interdit de communiquer les données médicales au médecin du travail, ce dernier étant certes soumis au secret médical mais aussi, selon les partisans d'une telle interdiction, à l'employeur. Ainsi que me l'ont suggéré certains syndicats de médecins, je serai sans doute amené à préconiser dans ce rapport sur la prévention sanitaire une plus grande implication du médecin traitant ou « de premier recours » au sein de la médecine du travail. Les médecins, plus précisément, ont proposé la réalisation d'une synthèse annuelle des dossiers de leurs patients qui pourrait être transmise aux médecins du travail, ces derniers faisant part, quant à eux, des risques d'exposition liés aux postes des salariés.

Dans le même ordre d'idée, il est surprenant qu'après la visite médicale obligatoire à l'école pour les enfants de six ans, le médecin scolaire transmette un courrier à la famille sans qu'aucun lien ne soit établi avec le médecin traitant. Il n'est donc pas étonnant que les préconisations ne soient pas suivies d'effets. Nous aurions donc tout intérêt à travailler à l'amélioration des relations entre médecins traitants, médecins scolaires et médecins du travail.

M. Antoine Durrleman. Les modes de relation entre médecins doivent être en effet repensés en tenant compte de l'instauration du médecin traitant, chaque Français âgé de seize ans devant en choisir un. Les parcours ou les suivis médicaux ne sont pas véritablement organisés mais soulèvent un certain nombre de questions liées en particulier au temps médical et à la rémunération. Celles-ci ne relèvent pas seulement du domaine conventionnel, la politique de prévention constituant à la fois une mission de l'assurance-maladie et de l'État, les discussions entre les deux parties pouvant d'ailleurs être assez vives !

M. Jean-Luc Prével, président et rapporteur. Monsieur Christian Babusiaux, que vous connaissez bien, est chargé depuis quelques années de l'amélioration de la transmission des données de santé mais se heurte à quelques difficultés.

Afin de pallier le manque d'ophtalmologues dans les Ardennes et afin de suivre les complications oculaires liées au diabète, Groupama a encouragé la mise en place un rétinographe mobile, le fond d'œil étant étudié à distance par un ophtalmologue avec lequel une convention a été passée. Un tel dispositif de prévention à distance, compte tenu de la démographie médicale, me semble intéressant. Néanmoins, comme peu de personnes se déplacent faute d'un ciblage adéquat, la mission envisage de promouvoir une transmission des données de santé vis-à-vis des complémentaires santé. Il faudrait bien entendu réfléchir avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés, mais la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ou, en l'occurrence, la Mutuelle sociale agricole ne pourraient-elles pas passer par le médecin traitant ou par celui de l'assurance maladie obligatoire ou complémentaire afin d'atteindre les personnes concernées ?

S'agissant de la transmission des données, monsieur Étienne Caniard, président de la Mutualité française, a récemment fait part de son inquiétude face à l'éclatement des flux entre le régime de base et les régimes complémentaires, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés étant, semble-t-il, en train de mettre en place un nouveau système qui lui permettrait de traiter toutes les données directement, sans que les complémentaires puissent y

avoir accès. Si c'est bien le cas, cela ne simplifiera pas la transmission des données telle que l'on pourrait la souhaiter.

M. Antoine Durrleman. Les frontières établies par les uns et par les autres illustrent le fractionnement de ce secteur. Cela étant, des marges de progrès demeurent possibles. Je le répète : nous avons besoin d'un opérateur dédié permettant de délivrer les protocoles de rapprochement et de transmission. Or, dans le domaine de la prévention en particulier, la multiplicité des opérateurs est patente. Sur le plan local, les agences régionales de santé constituent en la matière une véritable vigie, même si elles sont sollicitées par de nombreuses tâches et si la prévention n'est pas leur première préoccupation.

Les expériences de terrain réussies, faute de disposer de relais idoines, peinent à remonter jusqu'au niveau central, où dominent les préoccupations financières. Personne n'est en situation d'évaluer une expérimentation réussie comme, par exemple, une articulation entre les systèmes d'assurance maladie complémentaires ou un travail réalisé par un service de santé scolaire avec des médecins traitants. Il importe donc de trouver un tel relais afin que le politique puisse ensuite faire des choix. La territorialisation, qui constitue l'apport essentiel de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, devrait permettre de bénéficier d'une meilleure visibilité sur ce plan-là.

Un certain nombre de chaînons manquent entre l'animation interministérielle, les missions opérationnelles et le pilotage gouvernemental. Je le répète, un comité interministériel auprès du Premier ministre pourrait jouer un rôle décisif, le Parlement élaborant quant à lui les orientations. Même si la loi d'août 2004 précitée a été une réussite inégale, elle était porteuse d'une vision de la santé publique et de la prévention qui bien qu'améliorable certes, n'en avait pas moins le mérite de définir l'enjeu comme foncièrement national et relevant du Parlement. Il est quelque peu dommageable que, depuis 2009, ce premier essai n'ait pas été confirmé : la mécanique institutionnelle locale autour des agences régionales de santé a été privilégiée au détriment de cette dimension essentielle de la santé publique. De nombreux plans ont été élaborés sans grande cohérence et ne contribuent pas à une politique de santé publique organisée.

M. Jean-Luc Prével, président et rapporteur. Certes, mais les agences régionales de santé ayant été récemment instituées, elles ont consacré beaucoup de temps à essayer de faire fonctionner leurs structures, lesquelles comportent des personnels dont les statuts ne sont pas identiques, ce qui n'est pas simple. Les premiers schémas régionaux de santé sont en train d'être mis en place ; j'espère qu'ils comprendront un volet dédié à la prévention mais je crains que cela relève plus de l'affichage que d'une volonté bien affirmée puisque les agences régionales de santé sont d'abord confrontées aux problèmes de démographie médicale et de permanence des soins, la prévention pouvant passer au second plan ; le ministre m'a bien entendu assuré qu'il n'en serait rien mais une véritable politique de prévention risque, dans ces conditions, d'être difficile à mettre en œuvre.

En ce qui concerne les données de santé, j'avais naguère déposé une proposition de loi afin de créer un Institut national de la santé. Il m'avait en effet semblé opportun, entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, qui disposaient de données importantes, et les professionnels de santé, qui tentaient de mettre en place leur propre système, d'installer un organisme chargé de recueillir l'ensemble des données, de les traiter et de les diffuser auprès des professionnels intéressés. J'avais même été plus loin en proposant de régionaliser l'Institut national de la statistique et des études économiques afin d'alimenter ensuite les agences régionales de santé. Je ne sais si cela pourrait être encore d'actualité mais

il n'en reste pas moins, sans parler de guerre économique ou politique, que celui qui dispose de telles données est bien placé pour imposer sa volonté aux uns et aux autres. Ce n'est évidemment pas un reproche formulé à l'encontre du directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, qui souhaite faire fonctionner la caisse aussi bien que possible. Mais disposant de toutes les données, cela lui confère une position d'autorité et il est réticent à partager ces données avec ceux qu'il considère d'une certaine façon comme des concurrents.

Je comprends fort bien la légitimité d'un médecin à la tête du pilotage national de la politique de santé et de la prévention mais les agences régionales de santé, qui sont aujourd'hui chargées à la fois de la prévention, du soin et du secteur médico-social, ont mis en place des commissions de coordination au sein desquelles siègent le recteur et l'inspecteur d'académie, le responsable de la médecine du travail et celui de l'environnement qui, si elles fonctionnent – c'est encore un peu tôt pour le dire – permettront d'envisager une véritable coordination sur le terrain, échelon essentiel pour que la prévention soit efficace en assurant une bonne déclinaison territoriale.

Dès lors, sur le plan national, pourquoi ne pas instituer une Agence nationale de santé avec un comité de coordination permettant de regrouper tous les intervenants sous l'autorité d'une personne qui serait nommée par le Premier ministre et qui soit vraiment responsable, tant il est vrai qu'il n'est en effet pas facile, même si l'on est un éminent médecin, de faire travailler ensemble plusieurs ministères, directions et institutions ?

M. Antoine Durrleman. Assurément.

La solution parfaite n'existe sans doute pas mais il existe en revanche un véritable enjeu de coordination interne au ministère de la santé, lequel est structuré par des directions puissantes, jalouses de leur histoire et de leur pouvoir. Plus globalement, l'ensemble des ministères concernés, dont les clientèles peuvent se transformer en groupe de pression, peut également entretenir des logiques plus « sécantes » que sanitaires.

M. Jean-Luc Prével, président et rapporteur. Il suffit en effet de constater ce qui se passe lorsque l'on évoque les questions de l'obésité ou celles liées à la production vinicole.

M. Antoine Durrleman. La Cour des comptes a auditionné la directrice générale de l'alimentation qui, pour être engagée sur les questions liées à la qualité nutritionnelle et à la lutte contre l'obésité, n'en est pas moins très consciente et c'est logique, des problèmes agro-alimentaires qui se posent. Lors d'un arbitrage, je crains que les légitimités administrative et politique du haut-fonctionnaire ou d'une personne désignée par le Premier ministre ne suffisent pas : il est nécessaire de disposer d'une légitimité scientifique. Soit l'arbitre est un grand chercheur, par exemple, un épidémiologiste reconnu, soit il est un médecin éminent même si bien entendu plusieurs systèmes peuvent se concevoir.

M. Jean-Luc Prével, président et rapporteur. Le problème essentiel est l'absence d'organisation et de pilotage national. Il est acquis qu'il convient de lutter contre l'obésité mais lorsque l'on réunit les ministères de l'agriculture et de la culture et de la communication afin d'élaborer une législation évitant la publicité de produits à forte densité énergétique lors de la programmation d'émissions pour enfants, deux logiques s'affrontent et un arbitrage doit être rendu. On comprend fort bien les réticences de l'un et de l'autre mais si la lutte contre l'obésité est prioritaire, il faut que chacun s'y soumette.

Les blocages ou une volonté limitée de coopérer sont également patents avec la médecine scolaire et la médecine du travail. Faute d'expression d'une véritable volonté, le *statu quo* l'emportera.

Selon monsieur Didier Tabuteau, il est important de modifier le mode de tarification des établissements hospitaliers et, notamment, des hôpitaux, ces derniers ayant un rôle essentiel à jouer dans l'éducation thérapeutique et la prévention. La tarification à l'activité (T2A), de ce point de vue-là, semble mal adaptée. À ce jour, les hôpitaux disposent de trois enveloppes différentes dédiées respectivement à l'activité, à l'hébergement et à une mission d'intérêt général qui n'est pas très éloignée des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation dans laquelle on pourrait éventuellement inclure la prévention et l'éducation thérapeutique.

M. Antoine Durrleman. La logique stricte de la T2A est par définition centrée sur l'acte curatif. Poussée à l'extrême, elle rend bien compte du privilège culturel accordé au soin alors que les missions d'intérêt général visent précisément à tenir compte d'autres dimensions. Il est vrai que les hôpitaux ont une activité d'éducation thérapeutique comme nous avons pu l'observer dans la prise en charge du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : ainsi le travail pédagogique réalisé par les services hospitaliers dans le domaine de la prévention et de l'éducation thérapeutique en matière d'observance des trithérapies a été particulièrement important et a contribué au développement de la politique de prévention. Néanmoins le cadre de tarification n'était alors pas le même, puisque nous nous relevions d'une logique de dotation globale et d'une situation financière moins contrainte. Il serait donc intéressant de reconnaître l'existence d'une mission d'intérêt général « prévention » afin que la T2A ne fasse pas disparaître la vocation d'éducation thérapeutique essentielle du système hospitalier. Pour ce faire, il ne me paraît pas nécessaire de modifier l'ensemble de la tarification hospitalière, qui est assez souple.

M. Jean-Luc Prével, président et rapporteur. Je ne reviens pas sur la question du dépistage du cancer de la prostate, évoquée avec monsieur Jean-Luc Harousseau, président de la Haute Autorité de santé.

S'agissant du double dépistage du cancer du sein, organisé à la fois à titre collectif et individuel, je ne pense pas qu'il soit possible de supprimer le second, un gynécologue ne pouvant pas refuser à une patiente de passer une mammographie. Ce contrôle individuel pourrait en revanche être soumis aux mêmes contraintes qualitatives que le dépistage collectif en vérifiant la certification des mammographes et en demandant une double lecture afin de parvenir à une qualité de dépistage identique.

M. Antoine Durrleman. Il est évident que les garanties de qualité sont nécessaires. Cela étant, un médecin traitant doit pouvoir également indiquer à une patiente que ce dépistage, compte tenu par exemple de son âge, ne s'impose pas. Son rôle n'est pas seulement d'orienter son patient vers un spécialiste mais de souligner la pertinence ou non d'un acte. Se pose une question très importante : qu'attend-on de lui ? Je ne suis pas certain que les Français qui ont dû choisir leur médecin traitant aient réalisé l'apport de ce détour méthodologique obligatoire.

M. Jean-Luc Prével, président et rapporteur. Vous avez d'autant plus raison qu'il est tout de même assez facile de changer de médecin traitant et d'accéder directement à certains spécialistes.

Un autre problème essentiel est celui des consultations de prévention. Pourraient-elles être organisées par tranches d'âge « obligatoires » ? Comme l'ont relevé la Mutuelle sociale agricole et un syndicat de médecin, personne, entre trente et cinquante ans, ne consulte, dès lors qu'aucun problème particulier ne se pose, alors même que c'est dans cette période de la vie que s'installent parfois certains déterminants de l'obésité, de l'hypertension artérielle ou du cholestérol. Peut-être serait-il judicieux d'organiser une consultation systématique pour cette tranche d'âge alors que des mesures préventives, comme de l'exercice physique ou un régime alimentaire, pourraient être envisagées ? La Mutuelle sociale agricole organise des consultations de prévention avec les médecins traitants tous les cinq ans après avoir envoyé à ses assurés un questionnaire comprenant la prescription d'examens biologiques. Que pensez-vous donc de la généralisation de ce type de consultation ?

(M. Jean Mallot remplace M. Jean-Luc Prével à la présidence)

M. Antoine Durrleman. Il convient en tout cas de réfléchir à la multiplicité des consultations de prévention, qui commencent dès le plus jeune âge. Il serait sans doute pertinent de les prescrire aux moments adéquats : en effet, pendant le très jeune âge et l'âge scolaire, nous constatons en effet une suraccumulation des dispositifs, alors que, pour les jeunes adultes, il n'y en a plus aucun, notamment depuis la suppression, pour les hommes, de la conscription qui constituait jusqu'alors un véritable système de rattrapage. Sans doute une scansion différente des consultations s'impose-t-elle en fonction des tranches d'âges quitte, donc, à en supprimer certaines.

M. Jean-Luc Prével, rapporteur. La mission proposera sans doute la suppression des visites médicales à l'école entre neuf et douze ans tout en maintenant celles qui ont lieu à l'âge de six ans et à l'adolescence. À l'âge adulte, il serait opportun d'en instaurer une vers l'âge de trente-cinq ans, puis avant le départ à la retraite.

Les contrats locaux de santé, quant à eux, sont relativement peu nombreux.

Comment articuler lois de santé publique, où seraient définies quatre ou cinq grandes priorités, et plans pluriannuels ? Monsieur Joël Ménard souhaiterait un plan par an mais sur cinq ans nous en aurions cinq ? Les besoins sont en effet réels comme nous l'avons constaté encore cet été à propos des questions liées à l'hospitalisation sous contrainte et aux hôpitaux psychiatriques. Le ministre a certes fait état d'un plan dédié à la santé mentale mais il s'articulera sans grande coordination ni moyens humains et financiers avec ceux que nous connaissons déjà.

M. Antoine Durrleman. Il est possible d'imaginer une loi de santé publique qui comprendrait quelques objectifs prioritaires, ce qui ne signifie pas que la puissance publique se désintéresse des autres problématiques de santé. Il convient donc d'agir à partir de plusieurs plans mais si l'on veut faire bouger les lignes en mobilisant tous les acteurs en même temps, il faut définir un nombre de champs et d'objectifs restreint.

Il convient, de surcroît, de s'inscrire dans une durée suffisamment longue : cinq ans, c'est très peu pour agir dans le domaine de la santé publique tant il faut compter avec des résistances culturelles et des problématiques psychosociales ou environnementales.

De plus, en complément des schémas de prévention des agences régionales de santé qui doivent « décliner » au niveau régional les priorités nationales en faisant en sorte que les différents acteurs interviennent en synergie, on pourrait imaginer que les agences complètent

ces objectifs par un petit nombre de priorités adaptées cette fois aux caractéristiques sanitaires et socio-économiques spécifiques de leur territoire, en se donnant plus de temps, en évaluant les efforts consentis et en définissant les perspectives.

Il convient certes de définir une enveloppe de moyens afin qu'un plan fonctionne, mais il faut aussi lui assigner un responsable. Les plans de santé publique qui ont fait la preuve de leur efficacité étaient en effet pilotés par des responsables clairement désignés : cela a notamment été le cas du plan Cancer, avec le président de l'Institut national du cancer, et du plan Alzheimer avec monsieur Joël Ménard.

Une action, un responsable : telle pourrait être la règle.

M. le coprésident Jean Mallot. Lors de l'audition, hier, de madame la ministre, j'ai été frappé par la capacité du Gouvernement à faire l'analyse de la situation en matière de prévention sanitaire, à déplorer un certain nombre de points, à souligner la nécessaire prise en compte de l'interministérialité des problèmes, de la recherche de l'efficacité, de la mise en place de comités de suivi et de prospection. Je ne peux en dire autant de ses capacités à agir. Serait-ce pour des raisons politiques ? Je m'interroge sur les causes qui ont empêché le Gouvernement de proposer un projet de loi de santé publique, pourtant attendu depuis des années. Je n'ai pas obtenu de réponse.

Les auditions que nous avons réalisées ont permis d'identifier des actions concrètes intéressantes menées sur le territoire par tel ou tel organisme ou, parfois, tel ou tel individu en matière de prévention sanitaire. Après avoir été repérées, elles pourraient être évaluées et le cas échéant généralisées. Or, l'organisation actuelle de l'État ne le permet pas. Je suis donc assez perplexe et déplore que nous rations certaines occasions.

Enfin, s'agissant de la rémunération des actes ou des actions de prévention, indépendamment de la convention médicale censée prévoir un certain nombre de dispositifs, je note qu'il existe souvent un décalage entre l'organisme ou celui qui met en œuvre une action et ceux qui en bénéficieront un jour. Par analogie avec la T2A, on constate qu'il est assez facile de rémunérer la quantité d'actes produits mais on ne peut pas en dire autant de la qualité. Or, en matière de prévention, celle-ci est largement aussi importante que celle-là.

M. Antoine Durrleman. Une véritable logique au service de l'innovation est en œuvre sur le terrain mais il est vrai qu'elle n'est pas perçue au niveau central. Néanmoins, la création des agences régionales de santé et leur rôle spécifique en matière de prévention impliqueront une attention nouvelle portée aux meilleures initiatives dans le cadre régional et devraient faciliter le repérage.

Dès lors, se pose la question de trouver un moyen de capitaliser ces expériences sur le plan national afin de les généraliser. De ce point de vue-là, il est légitime de se demander si l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé joue pleinement son rôle. Agence de prévention qui ne s'appelle pas « Agence nationale de prévention », elle fonctionne du haut vers le bas et ce serait pertinent que ce soit l'inverse. Si l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé devenait une interface opérationnelle permettant de créer et d'évaluer un certain nombre de dispositifs, elle jouerait le rôle que la direction générale de la santé ne peut endosser faute d'être organisée pour cela. Si la réflexion relative à l'interministérialité est donc nécessaire, celle qui porte sur l'opérateur ne l'est pas moins. Or, celui-ci ne peut pas être la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés car tel n'est pas son métier. La mission de prévention relève bien plutôt de la responsabilité de

l'État. Créer une institution supplémentaire dans le panorama actuel des opérateurs est sans doute compliqué, mais se demander si un institut existant peut devenir plus opérationnel serait sans doute judicieux.

S'agissant de la rémunération, il conviendrait peut-être de prendre mieux en compte, au sein des missions d'intérêt général des hôpitaux, la dimension de la prévention et de l'éducation thérapeutique. En ce qui concerne la médecine de ville, les « consultations longues » n'ont jamais vraiment fonctionné, mais il est possible de réfléchir à des éléments de rémunération forfaitaires et, donc, à une redéfinition du mode de financement de la médecine libérale. La dernière convention médicale instituant une forme de rémunération « à la performance » aboutit quant à elle à susciter des éléments de rémunération différents. La réflexion sur ce sujet difficile n'est donc pas encore achevée.

M. le rapporteur. Cette convention avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés constitue sûrement un progrès, mais elle vise d'abord à réaliser des économies, les critères retenus ne tenant guère compte de la prévention sauf en ce qui concerne par exemple le taux de vaccination contre la grippe. Sans doute serait-il utile d'accroître le nombre de critères qui iraient en ce sens, de même d'ailleurs qu'au sein des contrats responsables des assurances complémentaires, où le volet prévention pourrait être renforcé.

M. Antoine Durrleman. Il est en effet légitime de se demander s'il ne faudrait pas « durcir » les conditions des contrats responsables, qui sont d'ailleurs majoritaires. Y inclure plus d'actes préventifs pourrait être une solution. Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale du mois de septembre dernier, la Cour des comptes avait noté que le niveau des frais de gestion pouvait également constituer un problème. Autrement dit : jusqu'où les contrats sont-ils vraiment... responsables ?

M. le rapporteur. Cette question dépasse notre préoccupation actuelle mais elle ne manque pas d'intérêt.

Lors de la création de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, je m'étais montré quelque peu critique en considérant que cet organisme était chargé en grande partie de la communication gouvernementale sur la prévention, alors qu'en tant que partisan de la décentralisation, j'aurais quant à moi plutôt souhaité que cette institution parte de la base, de nombreuses associations de lutte contre le tabagisme ou l'alcoolisme étant présentes dans chaque département sans être vraiment coordonnées. J'aurais souhaité que de véritables comités départementaux d'éducation pour la santé les regroupent, de même que, sur le plan régional, les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé et, enfin, sur le plan national, une fédération des comités régionaux, afin de prendre en compte la situation du terrain, et que le système fonctionne dans les deux sens. Ce manque de coordination constitue un véritable problème.

M. Antoine Durrleman. Un chaînon fait défaut, à moins qu'il ne s'agisse d'un maillon faible, entre les directions d'administration centrale, les agences régionales de santé et les autres acteurs. À moins d'être renforcée, la prévention risque de demeurer la dernière roue du carrosse.

M. le rapporteur. L'administration centrale se montre très réticente vis-à-vis des organismes plus ou moins indépendants. J'ai souvent défendu les observatoires régionaux de santé, dont certains fonctionnent très bien comme, par exemple, celui des Pays de Loire dont

les rapports sont excellents. Pourquoi faudrait-il dès lors toujours créer d'autres structures alors qu'en l'occurrence ces derniers, s'ils disposent des moyens humains et financiers adéquats, travaillent bien ? Les conférences régionales de santé pourraient ensuite s'appuyer sur leurs travaux pour évaluer les besoins de santé régionaux ainsi que l'adéquation entre l'offre et la demande de soins. Si la Conférence nationale de santé émanait de ces dernières, la situation serait sans doute meilleure.

M. Antoine Durrleman. Nous avons certes besoin d'une démarche ascendante nourrie de l'expertise du terrain, mais celle-ci n'invalide pas pour autant le fait qu'une politique de santé publique implique la définition d'un certain nombre de priorités sur le plan national. L'essentiel, c'est d'établir une dialectique qui fonctionne entre ces deux niveaux. Ce n'est actuellement pas le cas parce que les messages et les priorités sont brouillés et les interfaces inexistantes. Un véritable travail de maillage et d'élagage des priorités voire de certains acteurs doit être accompli – localement, leur multiplicité entraîne en effet leur neutralisation. Cela dit, la situation demeure complexe.

Mme Marianne Lévy-Rosenwald, conseillère maître à la Cour des comptes. Sur un plan local, la situation a été très perturbée ces dernières années. À peine les groupements régionaux de santé publique, qui avaient pour mission de coordonner des acteurs de santé publique, ont-ils été définis qu'ils ont été remis en cause. Les trois ou quatre dernières années ne sont donc sans doute pas les plus significatives pour juger de la pertinence de la politique de prévention au niveau régional.

M. le rapporteur. Comme monsieur Yves Bur, je suis assez partisan de la suppression du Haut Conseil de la santé publique dont je me demande quelle est son utilité alors qu'il existe une Haute Autorité de santé. Y êtes-vous particulièrement attaché ou pensez-vous que l'on pourrait...

M. le coprésident Jean Mallot. ... Élaguer !

M. Antoine Durrleman. L'existence d'une instance visant à expertiser les plans de santé publique n'est pas mauvaise en soi. Cela étant, nous avons relevé les difficultés de positionnement du Haut Conseil de la santé publique, qui est certes une institution scientifique mais rattachée à l'autorité de la direction générale de la santé, ce qui peut soulever des problèmes. Sans doute la Haute Autorité de santé pourrait-elle reprendre certaines de ses attributions, mais il serait dommage que sa suppression se traduise par la perte d'une capitalisation d'expertises dont la Cour des comptes a éprouvé la richesse.

En complémentarité avec le Haut Conseil de la santé publique, nous avons en effet évalué en 2011 l'exécution du plan Psychiatrie et santé mentale lancé par les pouvoirs publics en 2005. Au mois de décembre, nous avons rendu un rapport public thématique sur l'organisation des soins psychiatriques et le Haut Conseil de la santé publique, parallèlement, a quant à lui évalué la mise en œuvre de ce plan sous un angle plus médical – prises en charge thérapeutiques, relations avec les patients et les familles.

Son expertise évaluative est très intéressante comme nous avons pu le constater également au cours de la conférence évaluative organisée par ce dernier au mois de mai dernier.

Le Haut Conseil de la santé publique dispose donc d'une certaine légitimité auprès des acteurs de soins.

M. le rapporteur. Il est donc complexe de rationaliser un dispositif, même si l'on pourrait aussi imaginer que le Haut Conseil de la santé publique soit rattaché à la Conférence nationale de santé ou à la Haute Autorité de santé où il siègerait au sein d'un collègue !

M. Antoine Durrleman. Il est en effet tout à fait possible de créer un collège supplémentaire au sein de la Haute Autorité de santé de manière à maintenir cette forme d'expertise.

M. le coprésident Jean Mallot. Il faut veiller à ce que cette fonction soit toujours assumée sans pour autant multiplier les acteurs.

Nous avons achevé notre cycle d'auditions dédié à la prévention sanitaire et nous ne manquerons pas d'échanger avec vous sur les conclusions de notre rapport, lequel sera examiné dans une quinzaine de jours environ et, si la Commission des affaires sociales l'autorise, publié une semaine plus tard.

Je vous remercie pour votre participation, qui nous est toujours très précieuse.

La séance est levée à dix-neuf heures.