

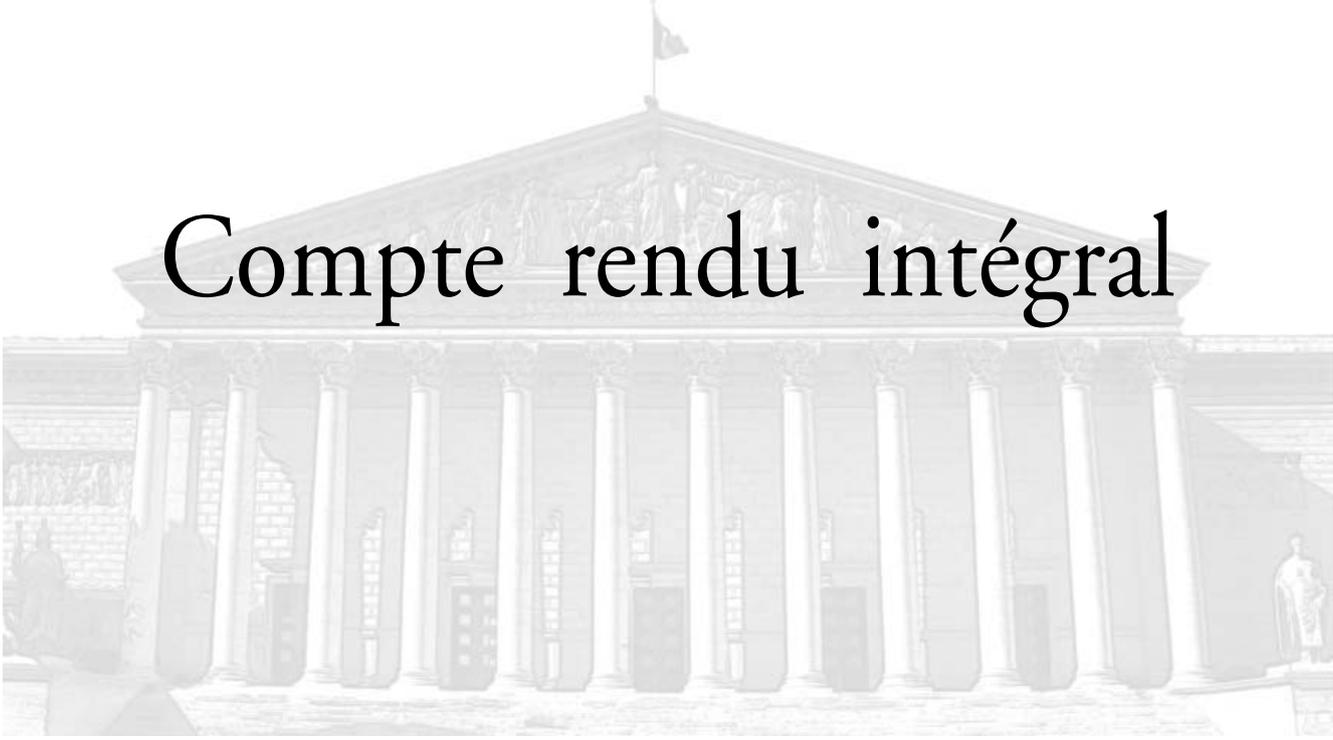
ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XIII^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2007-2008

Séances du mardi 6 novembre 2007



Compte rendu intégral

Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint



**JOURNAUX
OFFICIELS**

<http://www.assemblee-nationale.fr>

SOMMAIRE GÉNÉRAL

1 ^{re} séance.....	3643
2 ^e séance.....	3673
3 ^e séance.....	3717

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2007-2008

37^e séance

Compte rendu intégral

1^{re} séance du mardi 6 novembre 2007

Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. RUDY SALLES

1. **Projet de loi de finances pour 2008 (seconde partie)** (p. 3645).

SANTÉ (p. 3645)

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial de la commission des finances.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles.

M. Jean-Luc Prél,

Mme Claude Greff,

MM. Jean-Louis Touraine,

Denis Jacquat,

Louis-Joseph Manscour,

Jean-Pierre Decool,

Mmes Catherine Génisson,
Dominique Orliac.

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

Réponses de Mme la ministre aux questions de : MM. Michel Vaxès, Yves Cochet, François Rochebloine, Jean-Pierre Abelin, Francis Vercamer, Mme Martine Aurillac, MM. Philippe Boënnec, Bertrand Pancher, Mme Catherine Lemorton, M. Gérard Bapt, Mme Christiane Taubira, MM. Bernard Gérard, Guénaël Huet, Mme Chantal Robin-Rodrigo, MM. Étienne Pinte, Louis Cosyns, Jean-Claude Bouchet.

MISSION « SANTÉ » (p. 3671)

Article 33 et État B (p. 3671)

Adoption des crédits de la mission « Santé ».

2. **Ordre du jour des prochaines séances** (p. 3672).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. RUDY SALLES,

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures trente.)

1

PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2008

Seconde partie

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la seconde partie du projet de loi de finances pour 2008 (n^{os} 189, 276).

SANTÉ

M. le président. Nous abordons l'examen des crédits relatifs à la santé.

La parole est à M. le rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du plan.

M. Gérard Bapt, rapporteur, spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du plan. Madame la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, mes chers collègues, la mission « Santé » dont nous allons traiter ce matin regroupe les crédits de l'État consacrés à la politique de santé publique.

Cependant, les dispositifs liés spécifiquement à la sécurité sanitaire qui relèvent de la mission éponyme – organisation de la veille, réponse aux urgences ou lutte contre les crises sanitaires – en sont exclus, même s'ils ne sont pas sans rapports. De même, le financement du système de protection maladie auquel l'État participe au titre de la couverture de maladie universelle complémentaire, de l'aide médicale d'État et de l'indemnisation des victimes de l'amiante, n'y figure pas non plus.

C'est-à-dire que les crédits affectés à la mission « Santé » ne reflètent que partiellement l'effort de l'État en faveur de la santé.

Ce constat est encore renforcé si on prend en compte la contribution de l'assurance maladie à la politique de santé publique. En effet, la majeure partie des crédits ici retracés constitue le levier de financements principalement pris en charge par la sécurité sociale, par l'assurance maladie. Ainsi, les principales actions menées dans le cadre du programme « Offre de soins et qualité du système de soins » sont financées sur le budget de l'assurance maladie, l'État n'intervenant que pour moins de 1 % du total des dépenses.

Pour ces raisons, l'analyse du budget de la mission « Santé » laisse une impression d'éparpillement des crédits et n'offre qu'une vision très partielle du financement de la politique de santé publique de la France.

Pour 2008, le budget de la mission « Santé » s'établit à 432 millions d'euros d'autorisations d'engagement et à 430 millions d'euros de crédits de paiement, soit une très légère hausse pour ces derniers – 0,4 % – par rapport à 2007.

Globalement, il s'agit d'un budget de continuité, sauf en ce qui concerne le programme « Drogue et toxicomanie », piloté par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, dont les crédits baissent de 26 %. La personnalité du nouveau président ainsi que les transferts de certains crédits vers le programme « Santé publique et prévention » ou vers l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé rendent le rattachement de la MILDT au ministère de la santé encore plus incongru.

Il serait opportun de décider du rattachement de la MILDT aux services du Premier ministre. L'ensemble du dispositif de prise en charge sanitaire et de soins serait transféré au programme « Santé publique et prévention », la DGS pilotant le plan de lutte et de prévention des addictions, lancé en 2007. De son côté, la MILDT, placée auprès des services du Premier ministre, pourrait recentrer son action transversale et interministérielle à l'occasion du lancement du nouveau plan quadriennal qui doit être mis en place en 2008 par un comité interministériel. Ainsi, gendarmes et policiers engagés dans la lutte contre les trafiquants ne seraient plus rattachés au ministère de la santé.

S'agissant de l'exécution du budget de 2006, les errements constatés en matière de prévisions de la loi de finances initiale de 2006 se répètent en 2007 et en 2008 : on note une sous dotation chronique des instances de pilotage créées par la loi de santé publique de 2004.

Ainsi, en 2006, cette action a été dotée de 28,6 millions d'euros d'autorisations d'engagement, et ce sont finalement 47 millions d'euros d'autorisation d'engagement qui ont été exécutés. En 2007, les crédits ouverts s'élevaient à 31,4 millions d'euros, mais 68 millions d'euros ont déjà été consommés au 1^{er} octobre !

À ce niveau de dérapage, il ne s'agit plus d'imprévision mais d'insincérité budgétaire. Cette situation est d'autant plus dommageable qu'elle conduit, par fongibilité, à réduire drastiquement les crédits de l'ensemble des politiques de lutte contre les pathologies graves, au premier rang desquelles le cancer – dont les crédits ne sont plus sanctuarisés – ou bien le sida.

Par ailleurs, si la fongibilité des crédits par programme s'inscrit bien dans la lettre de la loi organique du 1^{er} août 2001 – et je parle devant le précédent président de la commission des finances –, un compte rendu clair devrait en être établi. Pour l'heure, le rapporteur ne peut même pas retracer l'origine ni le montant exact des crédits redéployés.

Je souhaite donc, madame la ministre, que vous teniez compte, pour l'avenir, des préconisations formulées dans mon rapport écrit.

Les crédits du programme « Santé publique et prévention » – 290 millions d'euros – stagnent malgré le transfert de l'opérateur de téléphonie DATIS, auparavant rattaché au programme « Drogue et toxicomanie ».

Tous les crédits des dispositifs actions s'inscrivent en baisse, à l'exception de ceux de l'action destinée à l'amélioration de la qualité de vie des patients et à l'accompagnement du handicap qui passent de 7 à 10 millions d'euros.

Une nouvelle fois, le montant des crédits destinés au fonctionnement des différentes instances du pilotage de la santé publique de la loi du 9 août 2004 paraît singulièrement sous-estimé en loi de finances initiale pour 2008.

Il est inquiétant que certaines de ces instances, comme la Haute autorité de santé, connaissent des problèmes de trésorerie. Quant aux observatoires régionaux de santé qui guident l'élaboration des plans régionaux de santé publique, ils subissent une baisse de 12 % de leurs crédits, au moment où vous affichez, à juste titre, votre volonté de régionalisation.

De son côté, l'INPES va perdre la subvention de 7,5 millions d'euros qui lui était allouée par la mission de sécurité sanitaire, tout en ayant le même rôle à assumer. D'autre part, il n'a reçu aucun versement au titre de la taxe sur les publicités, ni aucune information sur son montant prévisible, ce qui ne facilite pas sa gestion.

Les plans de santé publique ne bénéficient dans le budget que d'un saupoudrage de crédits qui apparaissent parfois à la baisse, comme pour la lutte contre l'alcoolisme – moins 4,7 % – ou pour le programme national « Nutrition santé » – moins 0,7 %. Ces plans de santé publique sont essentiellement pris en charge par l'assurance maladie, et leur contrôle parlementaire est rendu difficile par un manque de lisibilité.

Je souhaite plus particulièrement m'attarder, madame la ministre, sur le plan national Santé environnement, qui vise notamment à prévenir les risques pour la santé dus à l'exposition aux agents physiques et chimiques des différents milieux de vie. Il s'agit notamment des pesticides et de leurs effets sur la santé en milieux domestique et professionnel : les dossiers de Chenôve et des Antilles ont récemment attiré l'actualité sur le sujet.

À Chenôve, il s'agit de l'imprégnation d'une école par un biocide, le lindane, utilisé pour le traitement anti-termites de la charpente. Depuis 2002, ce biocide est interdit mais sa durée de vie s'étale sur des dizaines d'années. Au vu des mesures effectuées, qui ont révélé des taux de dix à cinquante fois plus élevés que la norme admise, l'école a été évacuée.

Dans le cas des Antilles, il s'agit de multiples agents phytosanitaires qui ont été massivement épandus durant une longue période sur de larges territoires de la Guadeloupe et de la Martinique. Parmi ces agents, le chlordécone, que l'on retrouve dans les sols, les productions végétales, les eaux de source et jusqu'au cordon ombilical des nouveau-nés, et dont la rémanence s'étale sur des dizaines d'années.

Eu égard à la rémanence des produits pesticides, aux quantités massives répandues annuellement en France – 76 000 tonnes pour les seuls produits phytosanitaires – et aux effets graves, encore mal connus mais néanmoins avérés, de ces produits sur la santé, les résultats du Grenelle de l'environnement apparaissent bien minces et relèvent parfois

davantage de la mystification que de décisions vraiment courageuses : ainsi de l'objectif de réduction de 50 % des volumes utilisés chaque année, objectif écarté en pratique au profit de celui d'éliminer les cinquante substances considérées comme les plus dangereuses, parmi cent cinquante substances préoccupantes. Or c'est ce que prévoyait déjà le plan interministériel de réduction des risques liés aux pesticides adopté en 2006 – dont vous aviez en partie la charge, madame la ministre. Cet objectif, affiché comme un résultat du Grenelle de l'environnement, n'est donc pas une décision nouvelle. Quant au principe de réduction de 50 % des produits phytosanitaires, il est renvoyé à dix ans et conditionné à des solutions alternatives.

Un second plan national Santé environnement doit suivre, en 2008, celui de 2004 dont six actions concernent déjà les pesticides. Une loi-cadre est annoncée : ses objectifs et ses moyens devront être à la hauteur des risques encourus, sous peine de voir l'État de nouveau impliqué dans une procédure en responsabilité du type de celle de l'amiante.

S'agissant du cas particulier du chlordécone dans les Antilles, au-delà du rapport alarmant – et contesté – du professeur Belpomme, qui doit servir de base à la discussion, je suppose, madame la ministre, que vous aurez à cœur de présenter dans votre intervention le plan d'actions Chlordécone piloté par la direction générale de la santé. Dans cette attente, je souhaite plus généralement souligner la complexité – car elle est source d'inefficacité – des dispositifs de veille et de gestion des crises, comme on l'observe avec la gestion du dossier des pesticides.

Qui pilote l'avion ? Le plan national Santé environnement avait prévu, par l'action 36, la création d'un observatoire des résidus de pesticides. Or que constatons-nous ? Pour Chenôve, le pilote est l'Institut de veille sanitaire mais pour les Antilles, c'est la direction générale de la santé ; pour la qualité de l'eau de boisson, c'est le ministère de l'agriculture mais pour les nappes phréatiques, le ministère de l'écologie ; pour la reprotoxicité, c'est la direction des études économiques et de l'évaluation environnementale, qui relève du ministère de l'écologie ; pour la lutte antivectorielle, c'est la direction de prévention des pollutions et des risques, rattachée au même ministère ; pour les pesticides dans l'environnement professionnel et salarié, c'est le ministère du travail et de l'emploi, et celui de l'agriculture lorsqu'il s'agit de salariés agricoles ; l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments est compétente pour les produits phytosanitaires et l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail l'est pour les biocides – sauf si ces derniers concernent le milieu agricole, auquel cas le pilote est le ministère de l'agriculture – ; la présence de pesticides dans les trains regarde le ministère des transports mais celle de pesticides dans les habitations, le ministère du logement. Signalons enfin que certains produits phytosanitaires interdits aux professionnels sont en vente libre dans les jardineries.

Il reste donc beaucoup à faire dans le domaine des pesticides, qui, comme le montre l'actualité, représentent un grand enjeu de santé publique. Dans tous les cas, il convient de respecter un impératif : la nécessaire séparation de la gestion et de l'expertise. Dans le cas des Antilles, il serait très critiquable que les personnes chargées de l'expertise soient les mêmes qui avaient accordé, dans les années 90, des dérogations pour prolonger l'utilisation du chlordécone, alors que ce produit était interdit depuis février 1990. Des plaintes ont été déposées, et il est essentiel que les actions

menées dans le cadre du plan d'action Chlordécone que vous avez annoncé le soient dans la stricte indépendance de l'expertise scientifique.

Le deuxième programme concerne l'offre de soins et la qualité du système de soins. Ses crédits, à hauteur de 113 millions d'euros – soit 10 millions d'euros supplémentaires – sont destinés, d'une part, à la formation médicale initiale et, d'autre part, aux principaux acteurs de l'organisation du système de soins. Les instances de pilotage prévues par la loi du 9 août 2004 figurent dans ce programme. Je souhaite appeler votre attention sur la sous-dotation des crédits destinés aux conférences régionales et à la conférence nationale de santé, qui mériteraient d'être valorisées pour promouvoir les droits des malades et la démocratie sanitaire, et favoriser une régionalisation axée sur les besoins reconnus.

Par ailleurs, je souhaite comme les années précédentes dénoncer la sous-dotation chronique et l'endettement du dispositif de la formation médicale initiale. L'État a en effet accumulé une forte dette – près de 19 millions d'euros – sur ce poste de dépenses. Le rattrapage effectué pour 2008, avec une hausse de 6 millions d'euros de la dotation, constitue un premier pas, mais celui-ci est insuffisant pour permettre l'apurement de la dette. Des crédits doivent impérativement être ouverts en loi de finances rectificative, madame la ministre, pour solder cette dette, et les dotations devront désormais couvrir les besoins.

Ainsi, la mise en place, en 2007, d'une nouvelle offre de stage de sensibilisation à la médecine générale en second cycle d'études médicales n'a, pour le moment, fait l'objet d'aucun financement complémentaire. Prolonger une telle situation serait inacceptable, surtout après les engagements pris devant les étudiants quant à la revalorisation de la médecine générale et au traitement du problème de la démographie médicale.

Madame la ministre, la commission des finances a, dans sa majorité, adopté votre projet de budget relatif à la mission « Santé » pour 2008.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, comme chacun peut l'imaginer, l'appréciation que je porte sur les crédits qu'il est proposé de consacrer en 2008 à la mission « Santé » est un peu différente de celle que vient de nous exposer Gérard Bapt.

Je tiens d'abord à souligner que, dans un contexte budgétaire contraint, le maintien des crédits de cette mission à leur niveau de 2007 permettra à l'État de poursuivre les actions qu'il mène en faveur de la prévention, du pilotage de l'offre de soins et de la coordination des différentes administrations autour de la lutte contre la drogue et la toxicomanie. En effet, le projet de loi de finances pour 2008 prévoit que les crédits de la mission « Santé » s'élèveront en 2008 à plus de 432 millions d'euros en autorisations d'engagement – contre 425 millions ouverts pour 2007, soit une augmentation de 1,68 % – et à 430,35 millions d'euros en crédits de paiement, ce qui représente une hausse de 0,39 % par rapport à 2007. On peut donc dire que ces crédits sont stables, ce qui, encore une fois, mérite d'être salué, compte tenu de la faiblesse des marges de manœuvre budgétaires pour 2008.

Afin d'avoir le temps de vous présenter la partie thématique de mon rapport, je ne m'attarderai pas sur les détails de l'évolution des crédits par programme et par action, mais je tiens à souligner que le projet de loi de finances conforte les priorités de santé publique fixées par la loi du 9 août 2004, notamment en matière de lutte contre le cancer, à laquelle il est prévu de consacrer 56,5 millions d'euros, et de lutte contre le virus du Sida, avec des moyens qui s'élèveront à 47,3 millions d'euros.

Je relève également que le projet de loi de finances permet de financer de nouvelles actions de santé publique, comme le futur plan Alzheimer, qui aura pour objectifs de favoriser la recherche, la détection précoce de la maladie et une meilleure prise en charge des patients. Je note également que les crédits de la mission « Santé » pour 2008 permettront de financer, dans le cadre du plan Psychiatrie et santé mentale, une nouvelle stratégie de prévention du suicide et le nouveau dispositif d'injonction de soins pour les auteurs des infractions les plus graves créé par la loi du 26 juillet dernier, laquelle renforce la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.

Je veux aussi souligner, étant particulièrement attaché à cette cause, qu'il est prévu d'augmenter les moyens consacrés aux indemnités des maîtres de stages perçus par les libéraux, qui passent de 7 millions d'euros en 2007 à 9,2 millions en 2008, et ce afin de développer les stages de sensibilisation à la médecine générale pour les étudiants de deuxième cycle, conformément au plan Démographie médicale, qui mise sur ces stages pour conforter les vocations des étudiants en faveur de la médecine générale.

Ces crédits permettront aussi de renforcer la Haute autorité de santé et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, ainsi que de moderniser la gestion des personnels hospitaliers, confiée au nouveau Centre national de gestion dont 2008 sera la première année pleine de fonctionnement.

Pour finir sur l'évolution des crédits, je tiens à rappeler que la baisse apparente des crédits de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies s'explique par le transfert à un autre programme des crédits du groupement d'intérêt public de téléphonie sociale DATIS – Drogues alcool tabac info service – et des actions d'éducation à la santé relatives aux toxicomanies.

Voilà donc en quelques mots, madame la ministre, mes chers collègues, les grandes lignes de ce qui est prévu pour la mission « Santé » dans le projet de loi de finances pour 2008. J'aimerais maintenant en venir à la partie thématique de mon rapport, consacrée au bilan de la régionalisation de la politique de santé publique, dans la perspective de la création des agences régionales de santé.

Comme vous le savez, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, dont la plupart des interlocuteurs auditionnés par la commission ont d'ailleurs souligné l'importance dans l'histoire de notre système de santé, a profondément rénové la gouvernance de la santé publique en lui donnant une organisation à la fois déconcentrée et partenariale : déconcentrée parce que cette loi a fait du niveau régional l'échelon territorial de référence pour la définition et la mise en œuvre des actions de santé publique ; partenariale parce qu'elle visait à mettre en cohérence les actions de santé publique menées jusqu'alors de façon éclatée par l'État, les différentes caisses d'assurance maladie et les collectivités territoriales, qu'il s'agisse des régions et des départements, mais aussi des communes et de leurs groupements.

Ainsi, dans chaque région, une conférence régionale de santé est censée réunir tous les acteurs concernés par la politique de santé publique – professionnels, établissements, administrations, caisses, collectivités territoriales, usagers et personnalités qualifiées –, afin d'établir un bilan de santé de la population régionale qui permette de mieux prendre en compte les spécificités régionales dans la définition des objectifs pluriannuels de santé publique.

Ces objectifs sont déclinés pour chaque région dans un plan régional de santé publique, élaboré en concertation avec la conférence régionale de santé puis arrêté par le préfet de région. Ce plan a vocation à intégrer les plans, les priorités et les objectifs nationaux fixés par la loi du 9 août 2004, tout en les adaptant aux spécificités régionales. Il intègre aussi des volets spécifiques consacrés aux personnes les plus démunies, aux risques liés à l'environnement général et au travail, à la santé scolaire, aux détenus et à la sécurité sanitaire. Il peut aussi comprendre des programmes régionaux correspondant aux objectifs spécifiques retenus par le conseil régional.

La mise en œuvre du plan régional est confiée à un GRSP – groupement régional de santé publique. Il s'agit d'un GIP – groupement d'intérêt public –, structure administrative souple censée rassembler au minimum l'État, l'INPES, l'INVS et l'assurance maladie, membres d'office, ainsi que les collectivités territoriales, sur la base du volontariat.

Soulignons toutefois que, même régionalisé et organisé sur un mode partenarial, le pilotage de la santé publique reste contrôlé par l'État. C'est en effet le préfet de région qui nomme les membres de la conférence régionale de santé, approuve la convention constitutive du GRSP et nomme son directeur. Enfin, les textes assurent à l'État la majorité absolue des sièges aux conseils d'administration des GRSP. Or, au cours de la vingtaine d'auditions que j'ai menées, il est apparu que c'est justement cette prééminence de l'État qui explique certaines insuffisances du pilotage. C'est en effet l'État qui assure seul et directement le secrétariat des conférences régionales de santé, ce qui, d'après certains de mes interlocuteurs, limite leur autonomie et donne à leurs travaux un caractère très formel, en dépit des efforts sincères faits par les directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales pour animer ces lieux de démocratie sanitaire.

Quant aux plans régionaux de santé publique, leur élaboration a créé une véritable émulation autour des enjeux de santé publique, ce qui a permis aux acteurs de prendre conscience de l'importance de ces problèmes, mais leur contenu gagnerait, en général, à être plus opérationnel et plus concentré sur les spécificités régionales. En effet, les PRSP se contentent souvent de décliner les objectifs et les plans nationaux.

Mais ce sont les GPRS – groupements régionaux de santé publique – qui présentent le bilan le moins satisfaisant. Censés fédérer les actions de santé publique de tous les acteurs régionaux afin de mutualiser leurs moyens et de constituer un « guichet unique », les GRSP ne suscitent pas toujours l'adhésion de tous les acteurs. S'ils ont été créés par la loi du 9 août 2004, les décrets d'application correspondants n'ont été publiés que le 26 septembre 2005, soit plus d'un an après, et les GRSP n'ont été mis en place qu'en 2006 et en 2007, soit près de trois ans après le vote de la loi !

Plus grave, les GRSP n'ont pas réussi à fédérer les acteurs régionaux de la santé publique. Ils n'ont notamment pas réussi à mobiliser suffisamment les collectivités territoriales : neuf régions sur vingt-six et trente-deux départements sur cent ont refusé d'y adhérer, et, à ce jour, presque aucune

collectivité territoriale ne mutualise au sein du GRSP les crédits consacrés à la santé publique. D'ailleurs, les différents régimes d'assurance maladie ne jouent pas non plus pleinement le jeu de la mutualisation financière : dans le cadre de leurs conventions d'objectifs et de moyens, ils ont obtenu de conserver la maîtrise exclusive d'une partie de leurs fonds de prévention, qui pour le régime général représente environ 25 %. Quant à l'INPES – Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – il participe peu aux GRSP et conserve la maîtrise de ses appels à projets, même lorsque ceux-ci comportent un niveau régional.

Au vu de ce bilan, il me semble que la dynamique créée par la loi du 9 août 2004 en faveur de la santé publique doit être pérennisée autour d'institutions consolidées, plus solides que les GRSP et dans le cadre d'un pilotage unifié du système de santé.

Il ressort en effet des auditions auxquelles j'ai procédé que les insuffisances constatées dans le pilotage régional de la politique de santé publique ont trois causes principales : des capacités d'expertise sanitaire inégales d'une région à l'autre, une articulation encore imprécise du pilotage national de cette politique avec ses échelons territoriaux d'adaptation et de mise en œuvre, et le cloisonnement de la prévention du secteur sanitaire et du secteur médico-social.

Pour être efficaces, les plans régionaux de santé publique doivent être suivis et évalués. Sans évaluation des dispositifs préexistants et sans observation fine de la santé de la population régionale, ils ne peuvent être adaptés aux besoins spécifiques de cette région. En outre, l'évaluation de plans aussi vastes gagnerait à ne pas être effectuée de façon ponctuelle, mais à découler d'un dispositif de suivi au jour le jour de la mise en œuvre des plans.

Or, un tel suivi suppose des capacités scientifiques et administratives que tous les observatoires régionaux de la santé n'ont pas. C'est pourquoi il me semble indispensable de renforcer les capacités de connaissance et d'observation de la santé en région, notamment par un partage accru des moyens d'observation qui existent mais qui sont éclatés entre différents acteurs comme les fichiers des caisses primaires, les PMSI – programmes de médicalisation des systèmes d'information – les réseaux de l'INVS, ou encore les systèmes d'information des conseils généraux, notamment dans le domaine de la protection maternelle et infantile.

Par ailleurs, pour piloter la politique de santé publique, l'articulation entre le niveau national, l'échelon régional et les territoires doit être clarifiée. À mon sens, le niveau national est pertinent pour hiérarchiser les priorités de santé publique, qui, telles que la loi du 9 août 2004 les a définies, sont trop nombreuses. Il est également pertinent pour animer le réseau des GRSP, si possible en leur donnant un interlocuteur unique au niveau national.

L'échelon régional, quant à lui, doit constituer un niveau d'adaptation, d'appropriation et de déclinaison opérationnelle de ces priorités nationales, les GRSP servant de « relais de management » des grandes orientations de santé publique fixées au niveau national. Cela suppose qu'ils disposent de marges de manœuvre financières, et pas seulement de crédits fléchés comme c'est le cas aujourd'hui.

Mais si la politique de santé publique peut être organisée à l'échelon régional, c'est au plus près du terrain qu'elle doit être mise en œuvre, en lien avec les acteurs locaux – organisations départementales des professions de santé, caisses d'assurance maladie, communes et intercommunalités. Or, la territorialisation des actions de santé publique

se heurte aujourd'hui à deux difficultés : le manque d'ingénierie administrative dans certains territoires et la difficulté à déterminer le zonage pertinent. Pour y remédier, il appartient aux instances régionales d'inciter les associations à professionnaliser leurs pratiques. Diverses expériences locales sont en cours, qui méritent d'ailleurs d'être évaluées et, le cas échéant, étendues.

Quant au zonage à retenir pour territorialiser les actions de santé publique, il me semble inutile, voir néfaste, d'en créer un nouveau, et je constate que sauf exception, ce sont les territoires de santé délimités dans le cadre des SROS – schémas régionaux d'organisation sanitaire – qui constituent l'échelon le plus pertinent pour mettre en œuvre les actions de santé publique.

En effet, adopter les territoires des SROS pour mettre en œuvre les PRSP, c'est aller dans le sens d'une meilleure articulation de la politique de santé publique avec le pilotage de l'offre de soins de ville, la planification hospitalière et l'organisation du secteur médico-social. Aujourd'hui, le pilotage territorial du système de santé est éclaté alors que la santé publique, les soins et les services médico-sociaux forment un camp professionnel cohérent. Or, si les textes prévoient l'articulation des PRSP avec les SROS, ce n'est pas le cas pour les nombreux autres instruments territoriaux de planification du système de santé. Il s'agit des PRIAC – programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie –, de ce qui relève de la politique des réseaux, de certains schémas médico-sociaux des départements comme les schémas gérontologiques, « Enfance et famille », « Enfants et adultes handicapés », « Accès aux soins », « Pratiques addictives », et enfin des plans départementaux en faveur de l'insertion et les plans départementaux « Solidarité santé ».

Pour toutes ces raisons, l'intégration de la politique de santé publique dans le champ de compétence des futures agences régionales de santé me paraît souhaitable. Mon but n'est pas de proposer ici une architecture pour les ARS, ce qui incombe à la mission d'information présidée par notre collègue Yves Bur. J'ai simplement cherché à savoir si la santé publique serait mieux promue si elle relevait des compétences des futures ARS ou si elle demeurerait en dehors du pilotage régional du système de santé.

La majorité de mes interlocuteurs considèrent que l'agence régionale de santé est une administration plus solide pour piloter la politique de santé publique que le GRSP et qu'elle dispose d'une meilleure articulation avec les autres secteurs du système de santé. En outre, si les agences régionales sont compétentes à la fois en matière de santé publique, d'offre de soins et de services médico-sociaux, il sera difficile à l'assurance maladie et aux collectivités territoriales de ne pas s'impliquer plus qu'elles ne le font dans les GPRS.

On pourrait craindre de voir la santé publique négligée par des agences régionales au périmètre large, compte tenu de la relative faiblesse de leurs moyens financiers et du fait que leurs enjeux s'inscrivent dans le long terme. Je pense pour ma part que cette crainte peut être écartée si les moyens de la santé publique sont garantis par un mécanisme financier comme la fongibilité asymétrique des crédits au sein des ARS, et si l'État, garant de la politique de santé publique, y est représenté, même sans être majoritaire. Je considère qu'avec de telles garanties, la politique de santé publique gagnerait beaucoup à être incluse dans les ARS.

Pour l'heure, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales vous propose, mes chers collègues, d'adopter les crédits de la mission « Santé ». (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire et du groupe Nouveau Centre.*)

M. le président. Nous en venons aux orateurs inscrits dans la discussion.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Madame la ministre, vous nous présentez aujourd'hui le budget de la santé pour 2008. Ce débat revêt toujours un côté surréaliste. En effet, ce budget fort modeste de 432 millions d'euros est en augmentation de 1,68 %. Or, nous venons de débattre pendant une semaine de la loi de financement de la sécurité sociale, d'où il ressort que les dépenses remboursées par l'assurance maladie sont prévues à hauteur de 152 milliards d'euros tandis que les dépenses courantes de santé devraient être de l'ordre de 210 milliards. C'est dire l'importance des dépenses engagées par les divers financeurs : assurance maladie, assurances complémentaires, « reste à charge » pour les ménages, indemnités journalières, subventions, recherche et formation. Au regard de ces dépenses, le budget du ministère de la santé est donc extrêmement modeste.

Je regrette que nous ne puissions avoir chaque année un vrai débat sur la politique de santé du pays et les sommes que la nation consacre aux dépenses de santé en matière de prévention, de soins, de recherche et de formation, mais aussi un débat sur les différents modes de financement – cotisations sociales, CSG, impôts et taxes, cotisations pour les complémentaires et le reste à charge – car, finalement, c'est toujours le même citoyen qui paye. Il s'agit de savoir si, oui ou non, on veut maintenir une solidarité entre le bien portant et le malade.

Au nom du Nouveau Centre, je plaide pour que nous nous prononcions chaque année sur la politique de santé que nous voulons pour notre pays. Je plaide aussi, madame la ministre, et vous serez sans doute d'accord avec moi, pour un vrai ministère de la santé, doté des moyens correspondant à ses missions.

Le découpage actuel m'inquiète : outre un ministère de la santé, nous avons un ministère des comptes sociaux, un ministère de la solidarité responsable des personnes âgées et des handicapés, un ministère de la fonction publique, qui décide des rémunérations de la fonction hospitalière sans lien avec l'ONDAM, un ministère de l'éducation nationale, un ministère de l'enseignement supérieur, sans oublier celui de l'agriculture et les nombreuses agences, dont je vous épargnerai la liste.

Au nom du groupe Nouveau Centre, je plaide pour un vrai ministère de la santé, responsable de l'ensemble des secteurs de la santé, y compris la formation des professionnels de santé. Il conviendrait donc de simplifier et de coordonner les diverses structures. Qui, aujourd'hui, a la volonté et le pouvoir de réformer la formation initiale des médecins ? Qui peut rendre effectif le stage auprès du médecin généraliste au cours du deuxième cycle, qui me paraît très important ? Qui va décider demain de la création de services de soins à domicile pour personnes âgées : le ministre de la solidarité, le ministre de la santé, le ministre des comptes, l'ARH, la DASS ou le préfet ?

J'ai lu avec le plus grand intérêt le rapport de Jean-Marie Rolland, qui a choisi comme thème l'application de la loi de santé publique de 2004. J'y ai retrouvé, peut-

être à travers un filtre déformant, l'essentiel des critiques que j'ai déjà moi-même formulées. La loi de 2004 avait été annoncée comme la loi du siècle, rien de moins !

La première critique portait sur le fait qu'au lieu de choisir quatre ou cinq priorités, prenant en compte la mortalité prématurée évitable et sur lesquelles nous aurions pu « mettre le paquet » pour obtenir des résultats, on a préféré énoncer un catalogue de cent quatre priorités, avec des objectifs quantifiés. Madame la ministre, où en sommes-nous aujourd'hui, à mi-parcours, dans la réalisation de ces objectifs ? Avons-nous des chances de les atteindre ?

La deuxième critique concernait le fait d'avoir négligé les hommes et les femmes de terrain au profit de l'INPES, qui voulait mettre en place des correspondants régionaux. Je pense que la prévention et l'éducation à la santé doivent s'appuyer sur les hommes, les femmes et les associations qui interviennent dans les communes, les cantons, les écoles, les collèges et connaissent le terrain. Je plaide donc pour que les associations soient réunies dans les comités d'éducation pour la santé – les CODES au niveau départemental et les CRES au niveau régional – et pour conforter le rôle de la fédération nationale.

La troisième critique portait sur la création des GRSP, présidés par les préfets, donc par les DRASS. Séparer la prévention et le soin est une aberration. Un bon professionnel de santé, lorsqu'il prend en charge un diabétique ou un insuffisant rénal, est amené à le soigner, mais aussi à faire de l'éducation et, en cas de maladie génétique par exemple, de la prévention.

Les GRSP ne fonctionnent pas encore. Quant aux conférences régionales de la santé, sauf exception, elles demeurent des grand-messes où l'on retrouve surtout les institutionnels, et les rapports sont souvent rédigés avant les réunions.

Nous étions déjà nombreux, à l'époque, à souhaiter la création d'agences régionales de santé. Mais il avait été décidé en haut lieu de donner aux préfets, qui n'avaient pas apprécié la création des ARH, un lot de compensation en créant les GRSP.

M. Denis Jacquat. Pour une fois, je suis d'accord avec lui !

M. Jean-Luc Préel. Cette année, la réflexion est engagée avec la mission confiée à M. Ritter et la mission parlementaire présidée par Yves Bur.

La création des ARS peut devenir une réalité, mais il convient d'en définir le périmètre : bien sûr, les soins – de ville et dans les établissements –, certainement la prévention et l'éducation à la santé, peut-être le domaine médico-social, mais aussi, c'est un point important, la formation des professionnels de santé.

Cette création doit aboutir à une simplification administrative. Il ne s'agit pas de créer une strate supplémentaire. Il conviendra de supprimer les GRSP et de redéfinir le rôle des DRASS et des DASS.

Il ne faudrait pas que le directeur de l'ARS soit un préfet sanitaire. Je plaide donc pour que soient créés de vrais conseils régionaux de santé, où siègeraient tous ceux qui s'intéressent à la santé, y compris les associations de malades. Ces conseils régionaux de santé étudieraient les besoins et l'adéquation de l'offre aux besoins, en s'appuyant sur les travaux des observatoires régionaux de santé, qu'il convient de conforter. Ceux-ci jouent aujourd'hui un rôle relativement important, mais ils ont besoin de moyens humains et financiers. Or, dans le budget pour 2008, madame la

ministre, les crédits qui leur sont destinés sont revus à la baisse : moins 12 %. Ce n'est pas bon signe si l'on veut, demain, conforter les ORS.

Les conseils régionaux de santé seraient chargés de contrôler l'ARS et de gérer l'ONDAM régionalisé. Ainsi, les professionnels de santé seraient associés en amont aux décisions et en aval à la gestion, seule façon d'obtenir une vraie maîtrise médicalisée des dépenses de santé. J'espère donc que l'année 2008 sera mise à profit pour préparer cette réforme importante, qui permettrait une politique de santé de proximité et la responsabilisation de l'ensemble des acteurs.

Pour en revenir à votre budget, madame la ministre, il est modeste : il augmente de 1,68 %, c'est-à-dire au même rythme que l'inflation. Une modification importante est la diminution du programme 136, « Drogue et toxicomanie », qui baisse de 26,7 %, mais il s'agit, semble-t-il, d'un transfert du GIP téléphone. Pouvez-vous nous assurer que les fonds destinés aux associations, aux structures d'accueil et de soins, et à la prévention seront, s'agissant d'un problème de société majeur, maintenus, à défaut d'être augmentés ? Votre budget ne permettra pas de réaliser des miracles : c'est pourquoi, là aussi, il convient de veiller à l'efficacité. Le ministère se doit d'être exemplaire.

Votre personnel, madame la ministre, est dévoué et compétent, et vous n'en doutez certes pas. Mais beaucoup sont inquiets – je pense notamment aux médecins et aux pharmaciens inspecteurs. Leurs missions s'accroissent, leurs responsabilités aussi. Les promesses concernant la revalorisation de leur statut et la création de passerelles avec les praticiens hospitaliers seront-elles tenues ? Ils ont besoin de reconnaissance et attendent votre réponse. Madame la ministre, vous avez besoin d'eux : Écoutez-les !

Vous êtes en charge d'un secteur majeur qui intéresse, qui passionne même, tous les Français, car chacun, à juste titre, veut demeurer en bonne santé et avoir accès à des soins de qualité. Il est regrettable que nous ne puissions avoir chaque année un débat annuel portant sur l'ensemble de notre système de santé. Je plaide, vous l'avez compris, et vous êtes sans doute d'accord avec moi (*Sourires*), pour un ministre de la santé de plein exercice aux pouvoirs étendus, garant de l'égalité sur le territoire et définissant les grandes priorités. Je plaide également, depuis quelques années déjà, en faveur d'un responsable unique de la santé au niveau régional, chargé de l'ambulatoire, des établissements, de la prévention, de l'éducation à la santé et de la formation, responsable unique, contrôlé démocratiquement par un conseil régional de la santé élu qui permette, en outre, en responsabilisant les acteurs, une réelle maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Cette mise en place des ARS est prévue. Souhaitons qu'elle aboutisse à une simplification de notre organisation !

Votre tâche, madame la ministre, est ardue. Espérons que vous parviendrez à améliorer notre système de santé, qui connaît aujourd'hui une crise profonde, à la fois morale, organisationnelle et financière. Je vous ai posé quelques questions. Je vous remercie de votre écoute et j'attends avec intérêt vos réponses. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Nouveau Centre et du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. La parole est à Mme Claude Greff.

Mme Claude Greff. Je tiens à saluer le travail remarquable réalisé par nos deux rapporteurs. Le rapport de Jean-Marie Rolland sur le bilan de la régionalisation de la politique de santé fera date dans la perspective de la création des ARS, que le Gouvernement a annoncée pour 2008.

Madame le ministre, « comment allez-vous ? ». Savez-vous que cette question, apparemment si anodine, est en fait d'une incroyable complexité ? Notre mission est de faire en sorte que tous les Français puissent y répondre de façon positive.

Si la santé publique est une discipline médicale, elle est aussi un savoir-faire accessible à tous, qui contribue à l'amélioration de l'état de santé de la population. Elle désigne à la fois l'état sanitaire d'une population, apprécié *via* des indicateurs de santé quantitatifs et qualitatifs, dont l'accès aux soins et l'ensemble des moyens collectifs susceptibles de soigner, de promouvoir la santé et d'améliorer les conditions de vie.

Avec la mission « Santé » du projet de loi de finances, nous nous concentrons sur l'essentiel : la santé et le bien-être.

Mon intervention a pour but de mettre l'accent sur deux plans souvent moins connus : je pense au plan Psychiatrie et santé mentale et au plan Maladies rares.

Ce projet de loi de finances pour 2008 connaît une légère augmentation par rapport à celui de 2007. Bien plus que son augmentation, il est important de voir, madame la ministre, la répartition et la mise en place de moyens plus performants que vous avez souhaités pour notre politique de santé. C'est la volonté du Président de la République et du Gouvernement qui est mise en avant au travers de cette mission qui regroupe trois programmes : « Santé publique et prévention », « Offre de soins et qualité du système de soins » et « Drogue et toxicomanie ». Ces crédits permettront en effet de financer les actions prioritaires, comme le plan Alzheimer.

Le programme « Santé publique et prévention », le plus important de cette mission, avec 290 millions d'euros en crédits de paiement pour 2008, a pour finalité de piloter la politique de santé publique. Il est, à mes yeux, essentiel, car il est la pierre angulaire de notre volonté de parvenir au mieux-être, au mieux-vivre, mais il est également le vecteur principal de la maîtrise des comptes publics. Il est clair que les dépenses de prévention d'aujourd'hui sont nos économies de demain. D'ailleurs, si je ne devais retenir qu'une seule citation de Léonard de Vinci, cette grande figure emblématique de ma Touraine, ce serait : « Ne pas prévoir, c'est déjà gémir ».

Le développement de la prévention est donc un enjeu majeur pour le devenir de notre système de soins, tout comme l'éducation à la santé. Dès le plus jeune âge, notre « capital santé » se construit, d'où la nécessité d'informer et de former les plus jeunes et leurs familles. Le ministre de l'éducation nationale a d'ailleurs inscrit dans le cursus scolaire – du CM2 à l'université – un véritable programme obligatoire sur la prévention des pratiques addictives.

Le pilotage de la politique de santé publique sera réalisé sous l'impulsion et la coordination de la direction générale de la santé – la DGS –, qui s'appuiera notamment sur l'institut national de prévention et d'éducation à la santé – l'INPES.

Mais le développement de la prévention, c'est aussi la notion essentielle du dépistage, un dépistage précoce, qui permet d'agir réellement sur les maladies et non de subir systématiquement les ravages d'une pathologie déjà trop

avancée. C'est aussi la lutte contre les pathologies à forte mortalité et morbidité : 151 millions d'euros y sont consacrés.

Les principaux domaines stratégiques, où nous avons commencé à agir lors de la dernière législature, restent inchangés, mais sont optimisés par vos soins, madame la ministre. Ainsi, 40 millions sont consacrés au plan Cancer. Il faut poursuivre et amplifier le programme de prévention auprès des femmes, avec le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus et la généralisation de celui du cancer colorectal. S'agissant de la lutte contre le sida, 37,2 millions d'euros sont destinés à la mise en œuvre du programme d'action 2005-2008. Pour ce qui concerne la lutte contre les pratiques à risques par la réduction de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites et le plan Psychiatrie et santé mentale, il me semble opportun, madame la ministre, que vous fassiez un premier bilan et que vous nous indiquiez vos perspectives. Figure également parmi les objectifs prioritaires le programme national Nutrition santé.

Je voudrais vous parler d'un plan que nous connaissons moins : celui des maladies rares. Créé en 2005, il doit arriver à son terme en 2008. Il concerne peu de personnes, et l'on a parfois le sentiment que les efforts de recherche sont insuffisants. Ces maladies posent un problème médical nouveau : il faut apprendre à découvrir et à reconnaître l'exception et, surtout, à partager l'information sur l'ensemble du territoire.

Les maladies rares soulèvent aussi une question d'éthique politique, celle de la prise en compte des besoins des plus faibles et des moins nombreux. Si nous voulons garantir l'égal accès aux soins, si nous recherchons une meilleure qualité de prise en charge et d'accompagnement, nous comprenons aisément que l'ensemble de notre système sanitaire et médical doit se sentir concerné.

Les maladies rares sont des maladies le plus souvent graves, chroniques et invalidantes, qui peuvent nécessiter des soins spécialisés. De plus, elles génèrent souvent des handicaps de tous types, parfois très sévères. L'impact sur les familles est bien souvent majeur : n'oublions pas que ce sont elles qui se sont mobilisées pour faire reconnaître l'importance de ces maladies longtemps ignorées. Là encore, la méconnaissance des divers aspects de la maladie par les acteurs sociaux et médico-sociaux peut provoquer des retards dans le recours aux dispositifs d'aide.

Pouvez-vous, madame la ministre, faire un premier bilan du plan national Maladies rares 2005-2008 ? Nous connaissons les difficultés de l'accès aux soins et de la prise en charge de ces malades. Il est important de se pencher sur cette question et de multiplier les efforts qui devront être faits en matière de dépistage, de recherche, d'information et de formation des professionnels, et de partenariats internationaux.

Les crédits « Drogue et toxicomanie » s'élèvent à 27 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement pour 2008. Cette baisse purement technique s'explique par le transfert d'activités entre la MILDT et la direction générale de la santé.

M. le président. Veuillez conclure, madame Greff.

Mme Claude Greff. Je veux aussi mettre l'accent sur le fait que nous entendons souvent parler du désengagement de l'État. Aujourd'hui, cette mission « Santé », au sein du projet de loi de finances, en est le parfait contre-exemple ! *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.)*

M. le président. Mes chers collègues, je vous rappelle que le temps de parole est de cinq minutes pour chaque orateur. Si toutefois vos prévisions n'étaient pas conformes à cette durée, je vous demande de bien vouloir « élaguer » vos interventions pour que nous puissions finir dans les temps.

La parole est à M. Jean-Louis Touraine, pour cinq minutes.

M. Jean-Louis Touraine. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, la santé publique exige une volonté politique, des moyens budgétaires et l'affirmation de valeurs fortes. Il s'agit d'améliorer l'état sanitaire de tous nos concitoyens, de prévenir les grandes menaces, les épidémies, les fléaux sanitaires, mais aussi de protéger les plus faibles et les plus vulnérables d'entre nous. La nature fait peser sur les humains un fardeau sanitaire inégalement réparti. D'un côté de l'hémicycle, certains expriment des regrets face à cette injustice, mais ils la trouvent en grande partie inéluctable. De l'autre côté, tous pensent que cette injustice est insupportable et qu'elle doit être corrigée. C'est l'une des missions de la politique de santé que nous discutons aujourd'hui.

À l'examen des crédits de la mission « Santé », dans le cadre du projet de loi de finances 2008, on distingue une triple nécessité. Tout d'abord, pour appréhender les questions de santé publique, il importe d'offrir à l'ensemble de la population une meilleure visibilité, une plus grande transparence, une expression simplifiée et débarrassée d'un jargon hermétique. Ensuite, il convient de conduire la régionalisation que nous appelons de nos vœux. Les agences régionales de santé pourront s'avérer utiles, à condition qu'elles soient dotées de moyens budgétaires adéquats et que l'on n'assiste pas, là aussi, à un transfert de compétences sans transfert des moyens correspondants.

Enfin, une progression des budgets affectés dans notre pays aux actions que j'évoquerai dans quelques minutes serait nécessaire. La France est un pays où la prévention et le dépistage sont en retard sur ce qui est réalisé dans nombre de pays voisins, notamment ceux d'Europe du nord. Seul un investissement plus important nous permettrait de combler ce retard : les 430 millions proposés sont loin du compte.

Jean-Marie Rolland, rapporteur pour avis, semble minimiser cette misère. Il constate avec satisfaction que, « dans un contexte budgétaire particulièrement contraint », les crédits de la mission « Santé » sont globalement maintenus à leur niveau de 2007. Nous ne partageons pas cet avis ! Les difficultés économiques ne justifient en rien ce manque d'ambition. Remarquons au passage que, si les temps sont durs, ils ne le sont pas pour tout le monde.

M. Denis Jacquat. Qu'est-ce que cela veut dire ?

M. Jean-Louis Touraine. C'est un mauvais calcul, une erreur grossière, en un mot, une faute, de considérer que l'on peut réaliser de petites économies dans le secteur de la santé publique. Tous les professionnels vous le diront : c'est au contraire dans ce domaine que l'investissement immédiat permet de réaliser par la suite de grandes économies sur le coût global de la santé. Car la prévention, le dépistage précoce, les soins apportés efficacement et en temps opportun, auront toujours un coût moindre que celui de la prise en charge lourde de maladies installées ou mal soignées. C'est bien dans des périodes difficiles qu'il est le plus important de développer la santé publique avec des moyens suffisants, afin d'offrir la perspective d'une meilleure maîtrise médicalisée des coûts de santé.

Examinons plus en détail quelques-uns des secteurs concernés. S'agissant du cancer, tout d'abord, les nombreux effets d'annonce du gouvernement précédent masquent un résultat médiocre. On se rappelle le fameux slogan de la campagne présidentielle, le plan cancer érigé en cause nationale. La prévalence des cancers continue pourtant d'augmenter.

M. Denis Jacquat. Nous ne sommes pas Jésus-Christ ! Nous ne pouvons pas guérir les gens d'un seul geste !

M. Jean-Louis Touraine. Et depuis peu, les maladies cancéreuses sont devenues la première cause de mortalité en France.

En matière de lutte le tabagisme, la loi Evin avait permis d'obtenir de réelles avancées. Depuis lors, de nouvelles dispositions sont venues en complément, mais si lentement, et avec tant de frilosité, que nous avons perdu notre place dans le groupe des pays précurseurs en Europe, pour nous situer dans celui des pays suivant le mouvement. Pourtant, il y a tant de vies humaines à sauver. Pourtant, à l'institut Pasteur, il y a tant de recherches et de découvertes en ce domaine.

La France stagne également pour ce qui est de la lutte contre l'alcoolisme, maladie qui progresse dans la jeune génération.

Contre la pollution, nous attendons toujours des décisions courageuses. Les effets d'annonce sont légions, à « Grenelle » et ailleurs. Mais les mesures – et *a fortiori* les résultats – ne sont pas là.

Le sida, lui aussi grande cause nationale, est dramatiquement délaissé. Combien d'associations, qui œuvraient avec dévouement pour lutter contre cette maladie, ont vu leurs subventions diminuer, avec pour conséquence des licenciements et une diminution des activités ? Aujourd'hui, près de la moitié des malades dépistés sont au stade de sida avéré, stade qui se situe souvent cinq à neuf ans après la contamination.

M. le président. Monsieur Touraine, veuillez conclure.

M. Jean-Louis Touraine. L'efficacité du traitement est donc moins complète, et ce délai est aussi responsable de nombreuses contaminations supplémentaires. Hier maladie toujours mortelle, le sida est devenu une maladie chronique : chaque année, de nouveaux malades s'ajoutent à la cohorte des patients précédents. Davantage de malades à suivre devrait signifier plus de moyens financiers, madame la ministre ! Et pour longtemps, car nous savons aujourd'hui que le vaccin n'est pas pour demain.

M. le président. Monsieur Touraine...

M. Jean-Louis Touraine. J'ai bientôt terminé.

Pour organiser la lutte contre le sida, les COREVIH – coordinations régionales de lutte contre le VIH –, ont remplacé dans chaque région les CISIH, centres d'information et de soin de l'immunodéficience humaine. L'objectif, louable, était d'impliquer davantage les différents acteurs – y compris associatifs – à côté des soignants.

M. le président. Monsieur Touraine...

M. Jean-Louis Touraine. Malheureusement, l'insuffisance de concertation a entraîné le désaveu de nombreuses associations. En Rhône-Alpes, par exemple, on a tenté de mettre le COREVIH en place en violation des règlements, sans véritable concertation, avec des votes en partie remplacés par des désignations, en un mot, au mépris de la démographie sanitaire.

M. le président. Monsieur Touraine, votre temps de parole est épuisé.

M. Jean-Louis Touraine. Comment espérer qu'un tel dispositif fonctionne sans l'adhésion de tous les acteurs ?

Je résume, monsieur le président...

M. le président. Non, vous devez conclure. Vous aviez cinq minutes, c'est la règle.

M. Jean-Louis Touraine. Je n'évoquerai donc pas le programme consacré à la psychiatrie, qui souffre pourtant d'un déficit inquiétant, ni le programme « Drogue et toxicomanie », lui aussi insuffisamment pourvu.

En conclusion, ce projet ne prend pas la mesure des problèmes et n'apportera aucun progrès à la santé publique en France.

M. le président. Merci, monsieur Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Joint au PLFSS et aux désastreuses franchises médicales, qui dissuaderont de nombreux malades d'avoir recours au dépistage, et donc à un traitement précoce, le projet étudié aujourd'hui conduira même à un recul.

Une autre attitude, volontariste et humaniste,...

M. le président. Monsieur Touraine...

M. Jean-Louis Touraine. ... consisterait à investir dans la santé publique et à impliquer davantage l'ensemble des praticiens de notre pays, comme l'avait suggéré l'ancien directeur de l'INSERM, M. Philippe Lazar.

M. le président. Monsieur le député – et je le dis aussi pour les autres orateurs –, cinq minutes, c'est cinq minutes. Il faut savoir calibrer ses interventions.

M. Denis Jacquat. Très bien !

M. le président. Vous pouvez aussi réclamer à votre groupe dix minutes de temps de parole, ou procéder à des coupures : il y a de nombreuses redites dans les différentes interventions. Mais on ne peut pas tolérer de pareils débordements. Essayons d'être efficaces, pour la bonne tenue de nos débats.

La parole est à M. Denis Jacquat, pour cinq minutes maximum.

M. Denis Jacquat. J'ai bien entendu votre message, monsieur le président. En bon Mosellan, j'ai toujours respecté mon temps de parole.

On ne peut que se réjouir que, dans le cadre du programme « Santé publique et prévention », les crédits consacrés à la maladie d'Alzheimer, chantier prioritaire du Président de la République, progressent de manière importante.

La lutte contre les maladies neuro-dégénératives, notamment celle d'Alzheimer, est abordée avec détermination. Les efforts devront être constants et très bien financés pour arriver à des résultats positifs et rapides pour le bien de tous. J'en profite pour rendre hommage à Cécile Gallez, qui a rédigé sur ce sujet un rapport remarquable.

La maladie d'Alzheimer progresse massivement, tel un tsunami, et on ne peut qu'approuver les objectifs retenus : favoriser la recherche médicale, parvenir à une détection précoce de la maladie et obtenir une meilleure prise en charge des patients.

La réussite concernant les deux premiers objectifs devrait entraîner *de facto* une stagnation puis une diminution du nombre de patients atteints de cette maladie, mais il faudra pour cela attendre de très nombreuses années.

Dans l'immédiat, les patients sont là, qui méritent, eux et leurs familles, toute notre attention. Nous devons donc améliorer leur prise en charge, tant à domicile qu'en institution, et mettre en place toutes les passerelles possibles entre ces deux piliers, allant de l'aide aux aidants à la solvabilisation des prises en charge. Dans ce domaine, notre capacité à trouver des ressources nouvelles sera un des facteurs de réussite.

Enfin, pour terminer mon intervention, je voudrais, madame la ministre, rester dans le domaine de la santé publique en rappelant que l'OMS a fait des maladies chroniques une de ses priorités. Ces maladies chroniques, telles l'insuffisance rénale, l'insuffisance cardiaque ou l'insuffisance respiratoire, sont de plus en plus fréquentes et très invalidantes.

Aussi ma question est-elle simple : où en est la mise en place du plan Maladies chroniques 2007-2011 ?

Madame la ministre, nous connaissons votre volonté ; ensemble, nous réussirons. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire et du groupe Nouveau Centre.*)

J'espère, monsieur le président, avoir respecté mon temps de parole...

M. le président. Vous avez même droit aux félicitations de la présidence.

La parole est à M. Louis-Joseph Manscour, pour cinq minutes.

M. Louis-Joseph Manscour. Madame la ministre, je comprends la difficulté de l'exercice auquel vous avez dû vous plier lors de l'élaboration des crédits pour 2008 de la mission « Santé ». Ce budget, si sensible, est, vous en conviendrez, marqué du sceau de la rigueur. Il n'échappe pas aux contraintes exposées par le dernier mensuel du Gouvernement : « Le projet de loi de finances pour 2008, premier budget de la législature, poursuit deux objectifs majeurs : assurer le redressement des finances publiques, avec un retour à l'équilibre sur la durée du quinquennat ; maîtriser et redéployer les dépenses de l'État. »

Rassurez-vous, je ne vous chercherai pas querelle en égrenant une litanie de chiffres et de pourcentages. La réforme budgétaire empêche d'ailleurs toute comparaison chiffrée entre les crédits de deux exercices. Mais une chose est sûre : la volonté, clairement affichée, de faire des économies. Or si la santé a un coût, elle n'en reste pas moins infiniment précieuse.

Au cours de ces cinq dernières années, nous avons assisté à la remise en cause des grands principes du service hospitalier, dont les établissements sont astreints à la rentabilité, à l'instauration du parcours de soins, au déremboursement des médicaments, à l'augmentation des honoraires des médecins, et j'en passe. Vos réformes ne font qu'aggraver la situation, au point de la rendre préoccupante.

La politique de santé devrait constituer l'une des missions officielles de l'État. L'accès de tous – notamment des plus vulnérables – à des soins de qualité n'est pas seulement une nécessité, mais devient une exigence. Je suis au regret de constater que les moyens consacrés à la mission « Santé » ne suffisent pas et ne sont pas à la hauteur des défis que nous avons à relever. En France, les inégalités sociales en matière

de santé sont parmi les plus fortes d'Europe, et l'espérance de vie d'un ouvrier est réduite de cinq à six ans par rapport à celle d'un cadre.

Et pourtant, les trois piliers sur lesquels repose la politique de santé – santé publique et la prévention, offre de soins, lutte contre les drogues et les toxicomanies – ne sont pas contestables.

Derrière l'illusion d'optique des inscriptions budgétaires, l'instauration des franchises médicales vient amplifier cette tendance lourde. D'apparence anodine, cette mesure est très grave. Pour les classes moyennes ou supérieures, payer 50 centimes par-ci ou un euro par-là ne représente peut-être pas grand-chose. Mais les personnes de conditions modestes, et en particulier les 32 000 RMistes de la Martinique, qui perçoivent entre 270 et 500 euros par mois, hésiteront désormais à consulter leur médecin. Votre projet ouvre donc la porte à une médecine à deux vitesses.

Je crains que la situation sanitaire de la Martinique, déjà préoccupante, n'en vienne à se dégrader. La crise du Chikungunya à la Réunion avait déjà montré l'urgence d'une politique structurelle de lutte anti-vectorielle pour nos pays tropicaux. Aujourd'hui, c'est au tour de la Martinique de subir, dans un contexte post-cyclonique, une épidémie de dengue. Plus de 8 000 cas sont recensés, nécessitant ainsi le déclenchement d'une alerte sanitaire par les services de la direction de la santé et du développement social.

Autre sujet de préoccupation, les conséquences sanitaires à long terme de la pollution des terres par le chlordécone, déjà évoquées par Gérard Bapt.

Enfin, madame la ministre, je veux aussi appeler votre attention sur la situation des hôpitaux de la Martinique. Alors qu'ils se doivent d'être des structures de pointe, compte tenu de l'éloignement de nos régions par rapport à la métropole, certains sont déjà en voie de délabrement. Les conditions d'hygiène et de sécurité y sont déplorables. C'est ainsi que l'hôpital de Basse-Pointe a dû fermer ses portes. Celui de La Trinité se trouve dans un état de vétusté avancé. Selon la commission de sécurité, seule sa reconstruction offrirait les garanties nécessaires afin qu'il puisse remplir sa mission.

Nous attendons de vous, madame la ministre, que vous ne vous montriez pas seulement rassurante, et qu'au-delà des conseils donnés aux Antillais de manger des fruits et légumes au moins deux fois par semaine,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé, de la jeunesse et des sports*. Je n'ai pas dit cela. Il faut en manger plus souvent !

M. Louis-Joseph Manscour. ... vous vous engagez sur des mesures fortes indiquant la priorité donnée à la santé.

En conclusion, je me permets de vous rappeler que notre contrat social repose sur les valeurs de justice sociale, d'avenir solidaire et de dignité humaine. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Decool, pour cinq minutes.

M. Jean-Pierre Decool. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, depuis de nombreuses années, notre pays manque cruellement de dons du sang. Alors que les besoins sont en augmentation constante – plus 7 % depuis le début de l'année –, on constate une baisse régulière et continue des dons : moins 31 % en dix ans.

Chaque jour, 8 000 dons seraient nécessaires. Le traitement d'un cas grave réclame un geste généreux de la part de 10, 20, voire parfois 30 personnes. Actuellement, aucun produit ne peut se substituer complètement au sang humain. Le don de sang est donc irremplaçable et indispensable pour sauver des vies.

Le don du sang, acte solidaire et responsable, permet de soigner chaque année 500 000 malades. La transfusion sanguine est indispensable et vitale dans le traitement de nombreuses pathologies : les leucémies, l'hémophilie, les grandes brûlures, le traitement des maladies infectieuses, ainsi que pour les hémorragies importantes, lors d'un accident ou d'une opération chirurgicale.

Faut-il rappeler la traçabilité du traitement des produits sanguins et la rigueur des contrôles qui font du don du sang un acte sûr ?

L'Établissement français du sang et la Fédération française pour le don du sang bénévole ont conjointement mis en place des plans et actions destinés à augmenter la collecte. Tout est fait pour essayer de répondre à l'augmentation de la demande : invitation par courrier des donneurs habituels, contact par messagerie téléphonique, campagnes d'affichage et de tractage, opérations de sensibilisation dans les lieux publics, les entreprises et les établissements médicaux.

Les structures d'accueil des donneurs sont de plus en plus nombreuses : hôpitaux, camions de l'Établissement français du sang, unités mobiles pouvant se déployer dans les entreprises, lieux publics, lycées et universités. Malgré cela, la demande n'est pas satisfaite et l'on constate que les nouveaux donneurs sont de moins en moins nombreux.

Madame la ministre, dans le cadre de ce budget, j'appelle votre attention sur la nécessité d'un soutien important du Gouvernement aux associations de donneurs de sang bénévoles et à l'Établissement français du sang. Même si nous connaissons les efforts entrepris par votre ministère dans ce domaine, il est urgent que le Gouvernement réfléchisse à l'avenir proche du don du sang. Comment enrayer cette baisse vertigineuse des dons ? Comment inciter nos compatriotes à réaliser cet acte citoyen, presque anodin pour le donneur, mais capital pour le receveur ? Comment faire prendre conscience que chacun d'entre nous pourrait, un jour, avoir besoin d'une transfusion sanguine ? Le Gouvernement pourrait, par exemple, envisager une sensibilisation des jeunes générations sur l'utilité du don du sang, en inscrivant dans les programmes scolaires un enseignement sur ce thème.

Il est essentiel, à mon sens, que la promotion du don du sang soit également soutenue sur le terrain, et nous, parlementaires, pouvons dans nos circonscriptions convaincre et inciter directement nos concitoyens à ce don en étroite collaboration avec les associations de donneurs de sang, qui font un travail remarquable, voire avec l'Association des maires de France, dont les membres sont quotidiennement en relation avec les acteurs locaux.

Madame la ministre, mon intervention peut paraître décalée dans un débat budgétaire. Toutefois, il m'apparaît primordial de respecter l'éthique du don du sang, qui doit rester dans notre pays volontaire, anonyme et bénévole. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire et du groupe Nouveau Centre.*)

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson pour cinq minutes.

Mme Catherine Génisson. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, je fais totalement miens les propos de M. Decool sur la transfusion sanguine.

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur pour avis.* Nous aussi !

Mme Catherine Génisson. Un véritable problème se pose en la matière.

Par ailleurs, je suis en total accord avec l'analyse de notre collègue Gérard Bapt sur ce budget, en particulier concernant l'éparpillement des crédits et le manque de lisibilité de la politique de santé publique. Je déplore, comme lui, la baisse de 26 % du programme « Drogue et toxicomanie », qu'il conviendrait de rattacher aux services du Premier ministre.

Je souhaite, tout d'abord, vous poser deux questions précises, madame la ministre. Alors que la reconnaissance en catégorie B active des agents de laboratoires hospitaliers – véritable serpent de mer – est demandée sur l'ensemble de nos bancs depuis de nombreuses années, on en est toujours au point mort. Par ailleurs, où en sommes-nous de la reconnaissance d'un véritable statut pour les permanenciers des SAMU-centres 15 ?

S'agissant du volet relatif à la santé publique, je souhaite, comme de nombreux collègues, dénoncer cette usine à gaz que constitue la loi, pourtant si attendue, relative à la politique de santé publique. En effet, s'il incombe à l'État d'assurer l'égalité de nos concitoyens devant la bonne santé, l'échelon régional est le plus pertinent pour décliner les programmes et actions en matière de santé publique. Paradoxalement, alors même que la région Nord-Pas-de-Calais avait servi d'exemple, une recentralisation technocratique a été effectuée, qui rend la loi peu opérationnelle. Je remercie notre rapporteur d'avoir opéré un « focus » sur notre région qui, depuis les années 80, a su créer des synergies avec les conseils généraux, l'État et l'assurance maladie, et a su se doter d'une maison régionale de promotion de la santé. De plus, ses conférences sanitaires de santé, de même que son observatoire régional de santé, fonctionnent, monsieur Prél.

Nous n'avons pas un esprit de rébellion, mais la loi actuelle nous empêche de poursuivre nos efforts ! Comme le soulignent de nombreux collègues sur l'ensemble de ces bancs, l'architecture de cette loi est à revoir entièrement.

Enfin, si les ARS sont souhaitées, elles ne seront pas le seul remède. Il sera d'ailleurs important d'en définir le périmètre. Si l'introduction du volet sanitaire et médico-social semble pertinente, ne faut-il pas agir par paliers ? Nous attendrons avec intérêt les résultats de la mission parlementaire présidée par notre collègue Yves Bur, car les ARS sont certainement une bonne solution pour organiser notre système de santé publique sur l'ensemble du territoire et garantir l'égalité d'accès de nos concitoyens à ce droit premier qu'est l'accès à la bonne santé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.*)

M. Michel Vaxès. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac, pour cinq minutes.

Mme Dominique Orliac. Monsieur le président, madame la ministre, chers collègues, n'en déplaise à Martin Hirsch, ce gouvernement et cette majorité parlementaire resteront comme ceux qui ont instauré les franchises médicales. Depuis l'adoption la semaine dernière du PLFSS pour

2008, ils seront considérés comme les fossoyeurs de notre système de solidarité sociale. (*Protestations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. Jean Mallot. Très juste !

M. Denis Jacquat. Quel sens de la mesure !

Mme Dominique Orliac. Pourtant, les protestations et les nombreux avertissements de hautes personnalités syndicales et professionnelles n'auront pas manqué.

Jean-Pierre Davant, président de la Mutualité française a dénoncé à juste raison « le risque de sortie du champ traditionnel du système solidaire de financement de la santé en France : chacun cotise en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins ».

M. Jean Mallot. Bien !

Mme Dominique Orliac. Les huit présidents des caisses primaires d'assurance maladie de la région Midi-Pyrénées ont souligné que « certaines mesures portent gravement atteinte aux principes fondateurs de la sécurité sociale ». L'Union régionale des caisses d'assurance maladie a poursuivi en soulignant que « l'instauration de franchises constitue gravement à cette solidarité, elles sont à la fois inefficaces et socialement injustes et insupportable ». Avec ce projet de loi de finances pour 2008 et les crédits de sa mission « Santé », le Gouvernement poursuit de manière insidieuse sur le chemin de la transition qui doit nous mener vers un système tourné vers l'assurance privée.

M. Denis Jacquat. C'est du délire ! Il va falloir procéder à un contrôle anti-dopage à la fin de la séance !

Mme Dominique Orliac. Aux États-Unis, ce même système a échoué et prouvé sa totale faillite !

Il est tout de même très curieux de constater à quel point tous les spécialistes de la santé et de la protection sociale sont unanimes pour stigmatiser l'injustice, l'inefficacité et l'hypocrisie de ces franchises médicales rejetées par plus de 61 % des Français, si l'on en croit un récent sondage.

Lorsque les cinq principaux dirigeants des confédérations syndicales demandent au Premier ministre de retirer le projet, le Gouvernement ne trouve pas mieux que de répondre « qu'au maximum, cela ne coûtera pas plus de 50 euros par an et qu'il faut bien que chacun y mette du sien » !

M. François Rochebloine. Eh oui !

Mme Dominique Orliac. En outre, ces franchises médicales viennent s'ajouter aux mesures déjà existantes et mises en place par M. Douste-Blazy.

Ce gouvernement veut culpabiliser les malades en agitant le spectre du déficit public qui serait dû à des abus médicaux et à une surconsommation de médicaments. C'est un peu réducteur et très largement simpliste.

Disons-le tout net : les crédits attendus de 800 millions d'euros ne seront pas, et de très loin, suffisants pour subvenir aux plans de lutte contre le cancer et contre la maladie d'Alzheimer et pour financer les soins palliatifs.

La crédibilité du plan Cancer mérite plus qu'une simple ligne budgétaire. Notre rapporteur spécial, Gérard Bapt, appelle de ses vœux une évaluation de ce plan et regrette, à juste titre, que l'année 2008 soit placée sous le signe de l'attentisme. Il précise dans son rapport qu'en 2008, la lutte contre le cancer devrait mobiliser 105,6 millions d'euros sur le budget du programme, soit une diminution de l'ordre de 10,3 % par rapport à 2007. L'Institut national du cancer

connaîtra aussi une baisse de ses crédits en 2008, de l'ordre de près de 3 %. Comment, dans ces conditions, parler encore du plan Cancer comme d'une priorité budgétaire ? Il est surprenant de constater aujourd'hui que 8 millions d'euros ne sont pas consommés, ce qui demeure inexplicable, alors que tant d'associations collectent des fonds pour financer des actions en faveur des malades. Une meilleure évaluation des besoins s'avère donc plus que jamais indispensable. Le plan Cancer – pas plus que le plan Alzheimer ou les soins palliatifs – ne doit servir de « cheval de Troie » aux franchises médicales.

S'agissant du médicament, le secteur de la distribution, que vous connaissez bien, madame la ministre, la pharmacie d'officine subit une déstabilisation, notamment en milieu rural et en milieu périurbain, du fait des attaques incessantes et répétées de la Commission européenne sur le monopole concernant l'exercice personnel et la liberté du lieu d'installation de l'officine. L'officine française assure un approvisionnement de qualité et de proximité sur l'ensemble du territoire. C'est là aussi l'un de nos meilleurs atouts qu'il convient de sauvegarder et de renforcer. Mais à la lecture des crédits de la mission « Santé », on ne peut que regretter, là aussi, l'absence de la prise en compte et du rôle fondamental des pharmacies dans notre politique de santé publique. Le pharmacien, dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé et d'un glissement de métiers lié au déficit en professionnels de santé, doit devenir un acteur plus présent au sein de la chaîne médicale. Son implication devrait être plus marquée dans les affections courantes et symptomatiques et son rôle devrait être accru dans la prise en charge en première orientation des malades. Le pharmacien devrait pouvoir renouveler les ordonnances pour les patients chroniques, dispenser une médication d'urgence – par exemple la pilule contraceptive du lendemain –, de même qu'il doit pouvoir devenir un expert en gestion des risques de santé publique et être une « vigie » pour la détection de situation pré-pandémique, comme le SRAS ou la grippe aviaire.

M. Denis Jacquat. Ne devrait-il pas, même, exercer la médecine ?

Mme Dominique Orliac. Hélas, aucune de ses priorités ne se retrouve dans les crédits des programmes et des actions de la mission « Santé » pour 2008 ! La pharmacie doit être défendue, car elle peut aussi, par sa présence sur le territoire, assurer toute une série de services de santé aux personnes à domicile, secteur en plein développement.

M. le président. Je vous remercie de bien vouloir vous acheminer vers votre conclusion, madame Orliac.

Mme Dominique Orliac. Défendre la pharmacie, madame la ministre, ce devrait être également défendre l'industrie pharmaceutique, secteur économique et stratégique de premier plan qu'il faut soutenir si l'on veut demeurer indépendant en ce qui concerne les nouvelles thérapeutiques.

Les industriels français ont participé eux aussi aux efforts de sauvegarde de notre système de protection sociale.

M. le président. Il faut conclure, madame Orliac.

Mme Dominique Orliac. Je pense en particulier au plan médicament qui a tout de même permis à la sécurité sociale d'économiser 3,4 milliards d'euros, soit 105 % de l'objectif prévu !

M. le président. Veuillez conclure, madame Orliac !

Mme Dominique Orliac. Je conclus, monsieur le président.

M. le président. Oui, mais votre temps de parole est épuisé, madame Orliac !

Mme Dominique Orliac. Madame la ministre, arrêtez de démanteler notre système de santé et ses principes fondateurs, ce système de santé dont on disait il n'y a pas si longtemps qu'il était le meilleur du monde ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.*)

M. le président. La parole est à Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, qu'il me soit tout d'abord permis de remercier les deux rapporteurs, Jean-Marie Rolland et Gérard Bapt, pour la qualité de la présentation de leur rapport respectif, même si je n'adresse pas à ce dernier – et je pense qu'il le comprendra – les mêmes compliments qu'à Jean-Marie Rolland. Je remercie également l'ensemble des orateurs pour la qualité de leurs interventions. J'essaierai de répondre à chacun.

Nous devons garantir à nos concitoyens, pour répondre à leur attente légitime, la possibilité effective de bénéficier en toute sécurité de soins de qualité. En ce sens, notre première mission protectrice par principe et solidaire par définition est d'améliorer l'efficacité de notre système. Les gains ici escomptés ne valent que par la plus juste distribution de l'offre qu'ils impliquent. Nous consacrerons à cette tâche les moyens requis de manière à répondre concrètement aux besoins de la population.

Le deuxième axe de notre mission obéit plus généralement à l'impératif de prévention. Vous avez d'ailleurs été nombreux à le rappeler. Il s'agit ici d'engager une politique innovante et ambitieuse qui satisfasse, là encore, la double exigence de protection des populations contre le risque et de responsabilisation des individus mieux informés et mieux formés, capables de prendre en main leur santé de manière plus éclairée et plus autonome. J'ajouterai, pour aller dans le sens de Jean-Pierre Decool, un autre impératif, celui de solidarité. Votre collègue a, à juste titre, rappelé le rôle éminent de solidarité des organismes et des associations sont impliqués dans la collecte du sang.

M. François Rochebloine. Très bien !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Ces politiques de santé publique seront scrupuleusement menées dans le cadre clairement défini d'un budget bien pesé et dans le cadre de la loi relative à la politique de santé de publique dont Jean-Luc Prél m'a demandé de dresser un bilan. Je partage volontiers son analyse sur les 104 objectifs de santé publique. Il n'y a, en effet, aucun doute : 104 objectifs pouvaient signifier en fait une absence de priorités. J'observe toutefois que personne, au moment de la discussion de la loi, n'a proposé d'en supprimer !

Mme Catherine Génisson. Si !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Cinq plans structurants ont néanmoins été mis en œuvre et ont permis une forte évolution dans les domaines des maladies chroniques, des maladies rares, du cancer, de la violence et la santé et de la santé et l'environnement. Le bilan complet de la loi et sa révision interviendront au terme des cinq ans, donc en 2009, et je sais que vous y participerez ardemment.

Nous sommes animés, dans ces politiques de santé publique, par le constant souci d'assurer aux dépenses engagées leur plus fructueux effet d'entraînement. Ce budget pour 2008 est donc profondément réaliste, en ce qu'il obéit au principe de réalité budgétaire, et ambitieux, car il suppose que nous dégagions les marges de manœuvre nécessaires au financement de nouveaux besoins. Ce budget est donc pragmatique et réformateur, dans la mesure où il nous permet de financer par redéploiement nos priorités. Cette efficacité constitue une des grandes arches qui soutient notre édifice de santé, celle qui permet d'en garantir l'équilibre général et la vitalité au long cours. Vous qui, dans vos circonscriptions, êtes à l'écoute de nos concitoyens, vous savez bien que cet impératif n'est pas strictement comptable.

Quels gains réels peuvent-ils espérer tirer des progrès de l'efficacité ? Une répartition plus harmonieuse et sécurisée de l'offre de soins sur tout le territoire, une permanence des soins mieux assurée, des médecins et des pharmacies à proximité dans les villes et dans les campagnes – et je me félicite, madame Orliac, que nous ayons un nombre de pharmacies parmi les plus élevés d'Europe, avec un maillage cohérent sur le territoire –, mais aussi une meilleure coordination entre les soins de ville, l'hôpital et le médico-social.

Les Français n'ont pas besoin qu'on leur dise ce qu'il faut faire : ils le savent.

Il faut mieux gérer pour soigner mieux, soigner mieux pour éviter des incohérences inutilement coûteuses et préjudiciables au patient. La ministre de la qualité des soins que je veux être...

M. Denis Jacquat. Parfait !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. ... agit sur un seul et même front.

Cependant, l'amélioration de cette efficacité ne se décrète pas. Elle suppose au contraire la participation active des soignants et des personnels. Si nous voulons gagner le combat de l'efficacité, nous devons compter sur l'engagement responsable des professionnels de santé et des soignants, qui doivent recevoir les marques de notre considération.

Eux aussi savent bien, en effet, pour en pâtir à leur tour, que la dispersion des moyens est non seulement inefficace du point de vue du patient, mais aussi préjudiciable pour le personnel hospitalier. Elle engendre des astreintes éprouvantes pour les uns sans être utile aux autres. C'est pourquoi il est urgent de réfléchir à la mise en place d'un dispositif de mutualisation des gardes entre tous les établissements de santé.

Comment piloter cette réorganisation tant attendue ? La création des agences régionales de santé devra constituer l'un des moyens de répondre plus efficacement aux besoins de santé. La plupart d'entre vous ont approuvé cette réforme, de M. Rolland, dont le travail remarquable va constituer une base excellente, à Catherine Génisson, qui a montré que certaines questions dépassaient les clivages traditionnels.

Nous voulons instituer une structure transversale ayant suffisamment d'autorité pour faire fonctionner de nouveaux outils, des outils qui visent, dans un même mouvement, à mieux satisfaire les besoins de santé des patients et à mieux gérer l'efficacité du système, tant hospitalier qu'ambulatoire. Les premiers éléments d'arbitrage du périmètre des futures agences régionales de santé seront connus à la fin de cette année, de manière à favoriser leur mise en place dès 2009.

Vous m'avez interrogée, monsieur Rolland, sur le bilan des plans régionaux de santé publique et des groupements régionaux de santé publique.

Les PRSP, élaborés par les préfets de région, ont été arrêtés en 2006, avant la mise en place des GRSP. Ils ont pour objet de définir la politique régionale de santé publique. Vous leur reprochez un manque d'articulation avec les SROS, une prise en compte insuffisante des spécialités régionales dans la déclinaison des 104 priorités de santé publique, des financements non reproductibles et des micro-actions sans évaluation.

Les groupements régionaux de santé publique, créés sous forme de GIP dans la loi du 9 août 2004, sont présidés par le préfet de région. Ils ont permis de mettre en place une structure de financement unique au niveau régional, mais ce sont des structures complexes, jugées encore peu opérationnelles.

Mme Catherine Génisson. C'est vrai !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Soyons justes, ces dispositifs ont tout de même permis de rapprocher l'État et l'assurance maladie. Ils ont permis de mieux structurer les actions de santé et ils constituent une sorte de guichet unique régional pour les associations et les professions de santé. Il faudra tenir compte de ces atouts dans notre réflexion sur les ARS.

Quant à la sous-dotation des conférences régionales de santé et de la conférence nationale de santé, le système doit être finalisé pour prévoir notamment le paiement des participants. L'on s'oriente vers un financement par le PLFSS.

Il convient en tout cas de faire le bilan des insuffisances des PLSP, des GRSP, des conférences régionales et nationales de santé. Ce doit être un élément de notre réflexion sur les ARS.

Toute réforme, pour s'incarner dans les faits, suppose le concours actif de personnels solidaires et motivés. À cet égard, il est grand temps de rendre plus attractifs les métiers de l'hôpital, de soutenir les vocations, d'encourager les efforts de tous ceux qui contribuent, par leur engagement quotidien, à assurer un service hospitalier de qualité. Dans ce cadre, je compte bien profiter de la procédure de validation du LMD pour rentrer dans une démarche globale de valorisation et d'attractivité des métiers de l'hôpital.

Dans le même esprit, il conviendra de dégager les moyens nécessaires pour inciter les jeunes médecins libéraux à exercer leurs fonctions là où les besoins de la population ne sont pas satisfaits.

M. François Rochebloine. Très bien !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Dans notre esprit, soignants et praticiens seront, de toute évidence, les acteurs principaux d'une restructuration globale dont la visée est clairement qualitative. En ce sens, la qualité de la formation des professionnels de santé constitue un déterminant essentiel de l'efficacité du système.

Ainsi, les crédits consacrés à cette formation atteindront pour 2008 un montant de 69 millions d'euros. Cet effort significatif se justifie, notamment, monsieur Prével, par la nécessité de réévaluer la rémunération des maîtres de stage, qui, en tant que praticiens agréés, accueillent les internes de médecine générale pour leur stage pratique. La revalorisation de la médecine générale, qui constitue, comme chacun sait, un pivot essentiel du système, mérite bien d'être favorisée comme il se doit.

J'en profite pour signaler qu'un protocole de revalorisation des primes des médecins et pharmaciens inspecteurs de santé publique a été mis en œuvre en 2007 et que les engagements dans ce domaine seront tenus.

Pour se donner les moyens de mener à bien toutes ces actions visant à améliorer l'efficacité de l'édifice de santé, mon ministère s'est résolument engagé dans un exercice de révision générale des politiques publiques qui devrait nous permettre de redéfinir clairement nos objectifs prioritaires.

Il est temps, à cet égard, d'engager dans notre pays une politique de prévention audacieuse qui ne se réduise pas à quelques déclarations de principe et qui soit véritablement adaptée à chaque situation particulière.

Comment offrir à chaque citoyen les moyens d'opérer des choix réfléchis et autonomes en matière de santé ? À ce titre, la réflexion engagée sur les « programmes patients », conçus pour permettre l'accompagnement de ceux qui sont atteints de maladies chroniques, ouvre des perspectives particulièrement intéressantes.

De manière générale, nos politiques de prévention devraient subir quelques adaptations utiles et nécessaires. Les attentes des patients, en effet, ont évolué. De mieux en mieux informés, ils sont parfois désireux de prendre en charge leur inconfort passager sans avoir à consulter un médecin. Notre manière de mener les politiques de santé publique ne peut ignorer ces mutations psychosociologiques, bouleversements toujours plus rapides dans les pratiques que ceux que nous anticipons parfois. Ainsi, je serai favorable à la mise à disposition de médicaments dits d'automédication, devant le comptoir, en valorisant, bien entendu, le conseil pharmaceutique.

Décider de sa santé, c'est opérer des choix de vie. Certes, pour être en mesure d'opérer ces choix, il faut disposer des moyens nécessaires en termes de connaissance et d'information.

Pour refléter sincèrement d'un point de vue budgétaire les missions de l'INPES en matière de sécurité sanitaire, monsieur Bapt, il est prévu que des crédits lui soient attribués sur le programme correspondant. C'est pourquoi, l'EPRUS, l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, contractualisera avec l'INPES pour financer ses actions de communication à hauteur d'environ 4 millions d'euros. Le financement d'actions de communication en sécurité sanitaire est en effet explicitement prévu par le décret de création de l'EPRUS. On peut cependant noter que, dans le domaine de la communication, la frontière est ténue et évolutive entre ce qui relève de la sécurité sanitaire et ce qui relève de la santé publique.

M. Gérard Bapt, *rapporteur spécial*. C'est vrai !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. En ce sens, toute politique de prévention n'est pas seulement un combat pour la vie, elle est aussi, en même temps, un combat pour la liberté. Le combat pour la vie, en effet, implique parfois de défier le préjugé, de vaincre les forces de l'habitude. Ce combat pour la liberté, ministre en charge de la santé et militante pour l'émancipation des femmes, je le poursuivrai en conduisant notamment une politique de santé des femmes qui permette à chacune de s'émanciper des contraintes qui peuvent porter préjudice à sa santé ou encore obérer ses chances de guérison.

Mme Claude Greff. Bravo !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Dans cet esprit, nous engagerons les moyens nécessaires pour que l'information diffusée touche tous les publics, notamment les femmes qui vivent dans les situations les plus précaires ou celles qui sont les plus vulnérables. Il nous faudra briser des tabous, convaincre, faire circuler partout l'information et se donner les moyens d'établir les conditions effectives d'un accès universel à la pratique gynécologique. Je ne doute pas que je trouverai Catherine Génisson à mes côtés dans ce combat – et ce ne sera pas la première fois.

De manière générale, les progrès de la prévention devraient permettre de favoriser la diminution de la morbidité évitable dans notre pays. S'agissant du cancer du sein, le défaut d'information, l'ignorance et parfois aussi la peur sont les causes qui font qu'un trop grand nombre de femmes sont soignées trop tard. Je sais que, dans ce combat, je trouverai également Claude Greff à mes côtés.

Nous savons bien quel est le meilleur moyen d'accroître nos chances de guérison quand un cancer du sein se déclare : le dépistage précoce. Notre premier objectif est donc de susciter une plus grande adhésion au dépistage organisé. Pour ce faire, il est sans doute nécessaire de conférer à cette forme de dépistage une image positive. L'enjeu est de taille, puisque la réduction attendue de la mortalité est de 35 %. Il faut donc mieux informer et donner au dépistage organisé les moyens qui lui permettront de toucher 70 % des femmes de 50 à 74 ans.

Pour ce faire, je propose notamment que la mammographie réalisée dans le cadre du dépistage organisé puisse bénéficier, au même titre que celle pratiquée dans le cadre du dépistage individuel, de la technologie numérique. Les efforts importants qui seront engagés se justifient pleinement au regard des effets attendus en termes de santé publique.

Mme Claude Greff. Très bien !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Ainsi, 3 millions d'euros seront spécifiquement consacrés à la généralisation du dépistage du cancer du sein et à la mise en place du dépistage du cancer colorectal dans chaque département.

Les missions de santé de la puissance publique, conçues dans leur dimension préventive, sont donc protectrices autant qu'émancipatrices. C'est dans le même esprit que je compte engager une politique de santé des jeunes plus offensive. Les politiques de prévention sont, en effet, d'autant plus efficaces qu'elles parviennent à promouvoir, dès le plus jeune âge, les bonnes habitudes. Inversement, les mauvais plis sont d'autant plus difficiles à défaire qu'ils sont adoptés précocement. Dans ce cadre, le nouveau périmètre du ministère de la santé, qui associe la jeunesse, les sports et la vie associative, est une opportunité à saisir. Ainsi, j'ai l'intention de lutter contre les habitudes addictives, contractées de plus en plus tôt, qu'il s'agisse de l'alcool, bien sûr, du tabac, des drogues ou de toute autre substance.

Un certain nombre d'entre vous m'ont interrogée sur la MILDT. La baisse des crédits de cette mission interministérielle ne traduit pas un désengagement de l'État dans la lutte contre la drogue et les toxicomanies, mais une clarification des rôles entre la MILDT et la DGS, notamment par le transfert des lignes d'écoute téléphonique, le GIP DATIS, et l'arrêt de subventions qui étaient versées en double à certaines associations. Ainsi, la MILDT se recentrera sur son rôle de coordination interministérielle.

M. Bapt a proposé qu'on rapproche la MILDT du Premier ministre. C'est déjà en partie le cas pour ce qui concerne le pilotage. Une réunion ministérielle aura bientôt lieu pour affiner la politique du Gouvernement en matière de lutte contre la drogue et les toxicomanies, et un éventuel rattachement direct de la MILDT au Premier ministre sera évalué dans le cadre de la revue générale des politiques publiques.

La prévention contre les conduites à risque doit être organisée avec la détermination qui s'impose, en étroite collaboration avec l'éducation nationale et l'enseignement supérieur, compte tenu de la gravité des enjeux.

Le suicide des jeunes, qui constitue l'une des premières causes de mortalité pour les 18-25 ans, notamment chez les jeunes homosexuels, est également pour moi une préoccupation de santé publique majeure. C'est pourquoi j'ai demandé que soit instauré un groupe de travail sur la prévention du suicide.

Dans la même optique, j'ai souhaité que le « plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » soit rééquilibré en faveur de la psychiatrie infanto-juvénile. Le bilan national de ce plan, madame Claude Greff, est globalement positif. Près de soixante des 210 actions programmées ont été engagées ou réalisées. Ainsi 1 433 postes non médicaux et 173 postes médicaux ont été créés dans les établissements ; plus de 52 % des crédits prévus en fonctionnement ont été alloués aux régions. Le rééquilibrage en faveur de la psychiatrie infanto-juvénile et des alternatives à l'hospitalisation est en cours, ainsi que la mise en place de vingt-cinq équipes mobiles de précarité. Les efforts de décloisonnement entre le sanitaire, le médico-social et le social doivent se poursuivre : il y a beaucoup de progrès à faire dans ce domaine. Je souhaite que la politique de prévention se développe, que la prise en charge des troubles mentaux chez les personnes âgées soit améliorée, et que l'aide aux aidants soit renforcée – je sais, chère Claude Greff, combien ce sujet vous tient à cœur. Je lancerai en 2008 la réforme de la loi du 27 juin 1990 sur les droits des malades mentaux hospitalisés sous contrainte.

Le programme d'actions de lutte contre le SIDA orienté vers les populations et territoires prioritaires pour la période 2005-2008 sera bien entendu poursuivi. La recrudescence des conduites à risque, notamment chez les plus jeunes, nous oblige à ne pas relâcher nos efforts. Ainsi, monsieur Touraine, le ministère continuera de soutenir les structures de prise en charge des personnes malades et d'aide à domicile, gérées localement par les associations. Les crédits VIH/SIDA ont ainsi été revalorisés, pour être portés à 37,3 millions d'euros, soit une augmentation de 2 %.

M. Bapt et M. Manscour m'ont posé plusieurs questions précises sur la pollution par les pesticides aux Antilles. Vous m'avez notamment, monsieur Joseph Manscour, interpellée sur la difficulté de piloter l'action des huit ministères concernés par ce dossier. Nous commençons à résoudre cette difficulté : le pilotage a été clairement placé sous l'autorité du directeur général de la santé. Celui-ci s'est rendu la semaine dernière dans votre département pour coordonner le plan d'action interministériel de réduction des risques liés au chlordécone. Dans ce cadre, la surveillance des malformations congénitales et des cancers va être renforcée. Un registre des cancers sera créé en Guadeloupe, et celui de la Martinique sera développé et amélioré.

Par ailleurs, un comité d'experts scientifiques, piloté par l'INVS et l'INSERM et associant des experts internationaux, sera mis en place rapidement pour identifier les études complémentaires à mener afin d'évaluer les consé-

quences sanitaires de l'exposition aux pesticides, le chlordécone n'étant pas le seul en cause. En attendant, le respect du principe de précaution conduit le Gouvernement à renforcer les mesures de protection des populations antillaises, notamment des autoconsommateurs, qui sont les plus exposés : renforcement des messages de prudence en matière d'autoconsommation des produits cultivés dans les jardins particuliers et des produits de la pêche ; développement des études du sol des jardins familiaux ; contrôle de la qualité de l'eau des sources auxquelles la population s'alimente – des moyens d'analyse seront pour cela mis en place aux Antilles. Plus généralement, les limites maximales de résidus de pesticides dans les aliments autorisées par la législation européenne seront abaissées.

Le Gouvernement s'engage à assurer une totale transparence de l'information sur la situation environnementale et sanitaire. Les données publiques relatives à la contamination et à ses effets sur la santé seront mises en ligne sous une forme synthétique et compréhensible. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'INPES, sera chargé de préparer des outils de communication destinés à l'information du public.

Sachez également, monsieur Manscour, que l'état sanitaire de la Martinique et de l'ensemble des régions ultramarines fait l'objet d'une attention très forte de notre part. Comme je vous l'ai dit, une mission pilotée par la direction générale de la santé doit nous permettre d'évaluer les répercussions sanitaires du chlordécone. Pour ce qui concerne l'épidémie de dengue, nous avons bien sûr été alertés sur les besoins hospitaliers, et nous avons décidé d'envoyer des renforts de pédiatres et d'infirmières. Enfin en matière de lutte contre le chikungunya, nous avons prévu de renforcer les effectifs de la DASS de la Réunion de cinquante agents.

Vous m'avez interrogée, Claude Greff, sur le plan national « maladies rares ». La surveillance épidémiologique se développe et elle continuera à être renforcée, sous l'égide de l'Institut de veille sanitaire. L'information des malades, des professionnels de santé et du grand public demeure une priorité : elle sera assurée, d'une part via le développement de la base de données INSERM sur les maladies rares, Orphanet, que vous connaissez et qui a vocation à devenir le portail de référence en la matière ; d'autre part, par le développement du dispositif de téléphonie « maladies rares info service », structure pilotée en 2007 par l'INPES. Le soutien aux associations de malades s'est notamment concrétisé à travers la réalisation de cartes d'information et des soins destinées aux professionnels de santé et aux malades atteints de pathologies telles que la myopathie, la mucoviscidose, la sclérose latérale amyotrophique. Une adaptation des programmes de formation initiale des médecins est prévue, en lien avec le ministère chargé de l'enseignement supérieur. Des travaux sont en cours sur l'organisation du dépistage : la Haute Autorité de santé doit rendre, à la fin de cette année, un guide méthodologique sur l'évaluation des programmes de dépistage. Soutenir la recherche dans ce domaine constitue bien entendu une priorité, via le lancement d'appels d'offre relatifs à des actions de santé publique sur le thème des maladies rares par le groupement d'intérêt scientifique « maladies rares », mais aussi dans le cadre de programmes hospitaliers de recherche clinique.

Vous m'avez interrogée, monsieur Denis Jacquat, sur le plan « maladies chroniques ». Il s'agit d'un plan centré, non plus sur la maladie, mais sur les malades, qui privilégie une approche transversale des maladies chroniques. Je souhaite développer tout particulièrement cette démarche, qui vise à limiter l'impact des maladies chroniques sur la qualité de

vie des malades. J'installerai le 29 novembre prochain le comité de suivi du plan, et j'ai confié à Mme Marie-Thérèse Boisseau, que beaucoup ici connaissent, le soin d'en assurer la présidence. Les enjeux sont majeurs, notamment du point de vue de l'éducation à la santé, de l'éducation thérapeutique du patient ou de l'amélioration de la coordination des différents intervenants. Le coût prévisionnel total du plan est de 726,7 millions d'euros sur cinq ans.

M. Denis Jacquat. Très bien !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. L'efficacité de notre système de soins et le dynamisme de nos politiques préventives déterminent ainsi pour une large part la pérennité de notre édifice de santé. L'évolution de la pyramide des âges et l'apparition consécutive de nouvelles maladies nous obligent à engager pour l'avenir les efforts nécessaires à la consolidation de cette maison commune qui nous a été léguée en partage.

Ainsi, et pour répondre à Denis Jacquat, spécialiste de ces questions, nous donnerons en 2008 la priorité au renforcement des moyens de lutte contre les maladies neuro-dégénératives, via le déploiement d'actions orientées vers les malades et leur entourage. Si la maladie d'Alzheimer constitue bien un problème majeur de santé publique, compte tenu de son développement, les bouleversements sociaux induits imposent une politique résolument volontariste. Ainsi, un nouveau plan Alzheimer, priorité présidentielle, doit être mis en place en 2008 ; vous en connaîtrez dans quelques jours les axes principaux.

M. Denis Jacquat. Très bien !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Ces crédits, à hauteur de 3,4 millions d'euros, serviront au financement des premières mesures issues des propositions du comité de préparation du plan, qui doit rendre son rapport au dernier trimestre 2007. Les premières orientations ont été présentées par le président de la République lors de la journée mondiale contre la maladie d'Alzheimer. Il apparaît d'ores et déjà que les progrès de la recherche dans toutes ses dimensions – fondamentale, appliquée et épidémiologique – devront être activement soutenus.

L'amélioration du parcours du malade constitue également un enjeu majeur. Le médecin traitant doit y jouer un rôle primordial, évitant notamment les diagnostics trop tardifs. Le maillage du territoire par les « consultations mémoire » et les « centres mémoire » de ressources et de recherche constitue un élément clef du dispositif. La formation des différents intervenants professionnels, mais aussi des aidants, a également été présentée comme l'une des orientations nécessaires du plan, dans le souci d'améliorer la qualité de prise en charge des malades. En outre, les malades jeunes, trop souvent ignorés ou oubliés, doivent bénéficier de mesures spécifiques : une mission nationale devrait être confiée à un centre de référence, sur le modèle de ce qui a été fait pour les maladies rares et que je viens d'évoquer.

Sans doute, mesdames et messieurs les députés, certains effets des décisions que nous prenons aujourd'hui se feront sentir bientôt, d'autres à plus long terme. Tous ces chantiers cependant, je les conduirai avec la détermination qui s'impose, regardant loin devant, convaincue qu'il est nécessaire, pour tenir le cap, d'élaborer dès aujourd'hui un projet global et cohérent, un véritable projet de société et donc de progrès. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire et du groupe Nouveau Centre.)*

M. le président. Nous en arrivons aux questions.

Mes chers collègues, étant donné que nous avons ce matin beaucoup de questions pour un temps limité, je vous rappelle la règle : vos questions ne doivent pas durer plus de deux minutes et porter sur un point précis, la ministre répondant aussi précisément et brièvement que possible, de façon à ce que la question et sa réponse n'occupent pas plus de cinq minutes.

La parole est à M. Michel Vaxès, pour le groupe de la Gauche démocrate et républicaine.

M. Michel Vaxès. Madame la ministre, un rapport rendu public la semaine dernière alerte une fois de plus sur les risques sanitaires en milieu professionnel et préconise la mise en place de projets de prévention et un plan pluriannuel de santé au travail.

Nous sommes en effet en présence de drames humains et de gaspillages financiers insupportables. Ce sont des drames humains insupportables parce qu'on ne choisit jamais d'être exposé aux poussières, aux gaz ou vapeurs nocives, contre lesquels l'homme n'a pas de défenses naturelles. Mais ils sont également insupportables sur le plan financier, la commission d'orientation du plan national Santé-environnement estimant que le coût des atteintes évitables à la santé dues au milieu de travail représente 3 % du PIB, soit près de 20 % des dépenses de santé.

Tout le monde reconnaît aujourd'hui que la situation appelle une réforme d'ampleur de notre législation, garantissant une véritable politique de prévention des risques professionnels.

M. le président. Posez votre question, monsieur Vaxès.

M. Michel Vaxès. J'y viens, monsieur le président.

Dans l'immédiat, le Gouvernement pourrait décider de prendre une mesure simple, permettant d'utiliser réellement les ressources déjà existantes. Il s'agirait de mettre en ligne, dans les territoires les plus industrialisés pour commencer, la liste des postes qui ont été à l'origine de maladies professionnelles déjà reconnues par la sécurité sociale. L'existence de telles cartes d'exposition aux risques professionnels permettrait à tous les acteurs de santé de vérifier que les lieux en question ont fait l'objet de mesures d'assainissement. Cette mesure simple et néanmoins essentielle participerait efficacement à la prévention des risques professionnels.

Madame la ministre, l'établissement d'une telle liste et d'un tel site Internet a déjà fait l'objet d'une expérimentation probante dans ma circonscription. Le Gouvernement serait-il prêt à prendre les mesures nécessaires pour la mise en place d'un tel dispositif ?

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. La santé au travail doit évidemment être envisagée d'une manière globale, incluant la prévention des risques professionnels et la préservation de la santé des salariés, y compris de leur santé mentale : je pense notamment à la prévention des situations de stress ou de harcèlement moral, sujet qui, vous le savez m'a tenu à cœur tout au long de ma carrière parlementaire.

À cette fin, un contrat d'objectifs et de moyens a été signé le 26 avril 2007 entre l'État et l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail pour la période 2008-2011. Celui-ci prévoit notamment l'établissement d'un réseau national d'expertise public pour coordonner les travaux d'évaluation des risques sanitaires dans les domaines de l'environnement et du travail.

Dans ce cadre, l'AFSSET devrait investiguer le risque cancérigène en milieu professionnel. Quant à la prévention du suicide et autres « faits divers » – j'ai quelque mal à les qualifier ainsi – qui nous ont alertés, elle relève du plan de santé publique Psychiatrie et santé mentale.

Si la question des conditions de travail relève d'une manière générale de la compétence de mon collègue Xavier Bertrand, je souhaite aborder avec détermination cette question, notamment en ce qui concerne la promotion de la santé au travail pour les femmes. J'envisage ainsi la mise en place, en collaboration avec Xavier Bertrand, d'un label récompensant les entreprises qui font des efforts en ce domaine.

Je vous remercie de votre proposition de dédier un site Internet à ces sujets. L'idée est excellente et je compte bien l'étudier, en concertation avec mon collègue Xavier Bertrand.

M. le président. La parole est à M. Yves Cochet, pour le groupe de la Gauche démocrate et républicaine.

M. Yves Cochet. Madame la ministre, la mission d'information sur la grippe aviaire, présidée par Jean-Marie Le Guen, et dont le rapporteur était Jean-Pierre Door, a rendu son rapport le 26 janvier 2006. Celui-ci soulignait notamment le risque d'une recombinaison du H5N1 avec un virus grippal humain ou d'une mutation humanisée du H5N1, pouvant provoquer une pandémie mondiale de grippe à fort taux de mortalité, comparable à celle de 1918.

Or, le 5 octobre 2007, le journal *Le Monde* annonçait que des chercheurs américains avaient détecté une mutation du virus H5N1 en direction des mammifères et des êtres humains.

Par ailleurs, depuis 2006, le Gouvernement a élaboré un plan d'action contre une éventuelle pandémie de grippe H5N1, mais ce plan repose essentiellement sur des moyens médicamenteux, comme le Tamiflu[®] ou le Relenza[®], et sur des moyens techniques, comme le port de masques. Ces deux types de moyens me paraissent insuffisants, voire illusoire, compte tenu des voies épidémiologiques de ce type de virus.

Il existe pourtant un tout autre moyen, à la fois efficace, démocratique et bon marché : une cape en plastique transparent dont chaque habitant de la France pourrait être doté. Cette cape a été conçue et popularisée dans la presse nationale – notamment dans *Le Nouvel Observateur* et *Le Quotidien du médecin* – par la romancière Fred Vargas, également chercheuse au CNRS, qui en avait présenté un prototype en 2006 à M. Xavier Bertrand, alors ministre de la santé. Ce dernier s'y était assez intéressé pour lancer un protocole de tests au Laboratoire national d'essais à l'été 2006, avant que l'affaire ne s'enlise durant la campagne électorale.

Ne croyez-vous pas, madame la ministre, qu'une bonne application du principe de précaution serait que le Gouvernement fabrique et diffuse rapidement une telle cape pour tous nos concitoyens ? Pourquoi n'avez-vous pas inscrit quelques millions ou dizaines de millions d'euros dans le budget de l'action n° 3, « Pathologies à forte morbidité », au programme 204, « Santé publique et précaution », en vue de la fabrication et de la diffusion massives de cette cape ?

M. le président. La parole est à Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Monsieur Cochet, votre question me permet de faire le point sur le virus H5N1, qui est à l'origine de l'épizootie actuelle et circule sous une forme hautement pathogène, laquelle s'est manifestée à Hong-Kong en 1997.

Dès 2003, des cas humains de grippe aviaire à virus H5N1 ont commencé à se déclarer dans les pays ayant signalé des foyers animaux de grippe aviaire. Le virus H5N1 est peu adapté à l'homme, ce qui explique sa très faible transmissibilité : on compte seulement – si j'ose dire – 332 cas humains en cinq ans. Pour la plupart des cas humains décrits, la contamination a pour origine des contacts étroits et répétés avec des animaux malades ou morts ou avec leurs déjections. Une trentaine d'épisodes de cas groupés familiaux ont néanmoins été décrits depuis le début de l'épidémie en Azerbaïdjan, au Cambodge, en Chine, en Égypte, en Indonésie, en Irak, en Thaïlande, en Turquie et au Vietnam. Pour une dizaine d'entre eux, une transmission interhumaine limitée était fortement suspectée. Toutefois, cette possible transmission interhumaine est restée limitée et n'a pas donné lieu, jusqu'à présent, à une transmission communautaire. Selon l'OMS, le niveau d'alerte pandémique, fixé au niveau 3, reste inchangé.

En revanche, l'infection à virus H5N1 se caractérise par sa forte létalité : on est rarement malade, mais quand on l'est, le pronostic est plus que grave, avec 200 cas de décès sur 332 cas, soit 61 %.

Les pays pour lesquels l'incidence des cas humains est la plus élevée se caractérisent par une forte proximité entre la population et les oiseaux d'élevage. Il faut signaler une extension, depuis le début de l'année 2006, des pays signalant des cas humains d'infection, de tels cas étant confirmés par l'OMS dans trois pays du Moyen-Orient, l'Azerbaïdjan, l'Irak et la Turquie, et dans trois pays d'Afrique, Djibouti, l'Égypte et le Nigeria.

Bien qu'aucun cas d'infection H5N1 n'ait été décrit jusqu'à présent dans notre pays, la mobilisation dans ce domaine doit être absolue. Cette mobilisation s'exprime d'abord, vous l'avez vu, par la mise en place de l'EPRUS ; établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, établissement public doté de moyens importants et chargé de constituer les stocks de produits pharmaceutiques, de produits de prévention et de matériel utile en cas de pandémie grippale.

Je me suis également rendue à Washington, voici deux jours, pour rencontrer au G7 + 1 mes homologues ministres de la santé et établir les coopérations techniques et politiques nécessaires.

Je souhaite aussi faire de la sécurité sanitaire un axe prioritaire de la présidence française de l'Union européenne au cours du deuxième semestre de 2008, car il me semble qu'une bonne politique de prévention et, éventuellement, de gestion d'une pandémie grippale, ne peut être menée correctement qu'au niveau européen.

Quant à la cape à propos de laquelle, monsieur Cochet, vous m'avez interpellée, je précise que l'évaluation de ce dispositif n'est pas encore achevée. Bien entendu, puisque vous avez demandé à me rencontrer, je vous recevrai avec Mme Vargas, dont j'apprécie les œuvres littéraires autant que les initiatives en matière de prévention de la grippe aviaire. Si l'évaluation du dispositif est concluante, il va de soi que celui-ci fera partie de la politique d'achat de l'EPRUS.

M. le président. Nous en venons aux questions du groupe Nouveau Centre.

La parole est à M. François Rochebloine.

M. François Rochebloine. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, il m'a paru intéressant et important de revenir rapidement, à l'occasion de cette discussion budgétaire, sur le dossier de la reconnaissance par l'assurance maladie de cette maladie génétique qu'est l'agénésie dentaire multiple.

En réponse, madame la ministre, à un courrier que je vous avais adressé cet été sur ce thème et rappelant en particulier la situation d'une famille de mon département confrontée à un problème de prise en charge, vous avez bien voulu m'apporter des informations me permettant de constater avec satisfaction que les démarches entreprises depuis plusieurs années par les familles et relayées par les parlementaires, notamment par mon collègue et ami Jean-Luc Prével, ont permis d'inscrire sur la liste des actes et prestations de l'UNCAM admis au remboursement les actes destinés au traitement des enfants présentant des agénésies dentaires multiples. Cette décision permet désormais de soulager grandement les familles quant au coût financier de ces traitements.

Il reste toutefois à prendre en compte la situation des adultes atteints de la même maladie rare, pour lesquels les soins ne sauraient être de confort.

Comment envisagez-vous, madame la ministre, la poursuite du processus de prise en charge de l'agénésie dentaire multiple par l'assurance maladie ?

M. le président. La parole est à Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je sais, monsieur Rochebloine, à quel point vous vous engagez pour lutter contre l'agénésie dentaire multiple. Vous avez notamment rappelé que l'UNCAM avait décidé, le 3 avril 2007, d'inscrire sur la liste des actes et prestations admis au remboursement les actes destinés au traitement des enfants présentant des agénésies dentaires multiples liées aux dysplasies ectodermiques ou à d'autres maladies rares. Un protocole de soins doit accompagner l'acte. Cette décision, publiée au *Journal Officiel* du 27 juin 2007, a permis la prise en charge par l'assurance maladie du traitement des enfants souffrant d'une absence partielle ou totale de dents, soulageant financièrement les familles concernées par les conséquences pour leurs enfants de l'absence de dentition liée à des dysplasies ectodermiques ou à des maladies rares.

Vous avez souligné que ce chantier est à mi-chemin. Il s'agit, bien entendu, de prendre en charge les adultes frappés par ces agénésies. La question a déjà donné lieu à diverses réunions, notamment de la Haute autorité de santé, de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie, de la Commission de hiérarchisation des actes et prestations des médecins et de la Commission de hiérarchisation des actes professionnels des chirurgiens dentistes. Toutes ces instances poursuivent leur travail, dont les conclusions nous permettront d'examiner la prise en charge qui convient pour les adultes.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Abelin.

M. Jean-Pierre Abelin. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, je profiterai de cette discussion budgétaire pour évoquer le développement et les conséquences de l'obésité en France.

L'obésité connaît un taux de croissance annuel alarmant de 5,7 %. Si toutes les populations sont touchées, ce sont les plus jeunes et les plus précaires qui sont les plus exposées. À

titre d'exemple, la fréquence de l'obésité chez les personnes ayant un niveau d'enseignement primaire est en moyenne de 20 %, contre 6 % pour les personnes titulaires d'un diplôme d'enseignement supérieur.

Le coût des maladies liées à l'obésité est, aux États-Unis, de l'ordre de 70 milliards de dollars. Il s'élèverait, en France, à 2,6 milliards d'euros, alors que le développement de ces maladies dans notre pays est comparable à celui que connaissait l'Amérique du Nord il y a trente ans.

Un programme national nutrition santé – le PNNS –, qu'on retrouve dans votre budget, a été mis en place pour la période de 2001 à 2005 et reconduit pour la période de 2006 à 2010. S'il a des effets ponctuels mesurables, il ne permet pas de stabiliser, voire de faire reculer l'épidémie. La prévention, le travail concerté des professionnels de santé et la structure du coût et de l'offre des produits en fonction de leur qualité nutritionnelle sont essentiels, mais il convient de prendre en compte la part d'irrationalité qui prévaut dans les rapports que les victimes d'obésité entretiennent avec leur alimentation et dans leur mode de vie.

Dans quelle direction le Gouvernement entend-il orienter son action afin de désamorcer cette bombe à retardement qui risquerait à terme de contribuer à l'explosion de notre système de santé ? Comment faire évoluer les habitudes alimentaires ? Comment accélérer la recherche ? Comment infléchir cette évolution annoncée ?

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. Excellente question !

M. le président. La parole est à Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je vous remercie, monsieur Abelin, de poser cette question sur le développement de l'obésité en France, même si je ne suis pas d'accord avec l'évaluation que vous avancez, selon laquelle les taux d'obésité que connaît la France seraient équivalents à ceux de l'Amérique du Nord.

M. Jean-Pierre Abelin. Il y a trente ans !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Notre pays a, au contraire, la chance de connaître un taux d'obésité deux ou trois fois inférieur à celui qui est observé en Amérique du Nord, en particulier pour ce qui concerne les grandes obésités, profondément invalidantes, qu'on ne voit pratiquement pas en France, alors qu'elles sont très répandues outre-Atlantique.

On observe certes une légère progression, mais son rythme est plus modéré qu'entre les années 1997 et 2003. Pour la première fois en neuf ans, les chiffres de la population en surpoids se sont stabilisés. Pour la première fois, on a observé l'année dernière, avec le même type d'études, une baisse de la prévalence de l'obésité parmi les familles aux revenus les plus élevés.

La région Nord connaît le taux de prévalence de l'obésité le plus fort en 2006 et l'appartenance à des classes défavorisées est, vous l'avez relevé à très juste titre, un facteur de risque. En effet, le coût des aliments à haute densité énergétique est plus bas que celui des fruits et légumes, favorisant leur consommation par les ménages les plus démunis économiquement. La prévalence de l'obésité reste inversement proportionnelle aux revenus du foyer.

Les conséquences sur la santé dépassent largement les problèmes liés à l'image corporelle, l'obésité favorisant certaines pathologies et son évolution chez les enfants étant particulièrement préoccupante.

La réponse du PNNS 2, qui faisait suite au premier programme national nutrition santé, lequel couvrait les années 2001-2005, ne se limite pas au problème de l'obésité. Il comporte diverses mesures destinées à lutter contre le surpoids et des objectifs quantifiés qui comprennent notamment la baisse de 20 % de la prévalence de l'obésité.

Pour sensibiliser aux problèmes de l'alimentation, les moyens de l'INPES en matière de nutrition sont renforcés de 10 millions d'euros par an, permettant de financer au moins une grande campagne par an sur les repères de consommation. Le PNNS reprend les neuf repères de consommation du premier programme et vise tout particulièrement à renforcer l'activité physique et la consommation de fruits et légumes.

Parmi les nouveaux axes du second plan figure l'amélioration de la qualité alimentaire, en faveur de laquelle les acteurs économiques s'engagent par une charte. De même, les entreprises de restauration collective sont invitées à signer des engagements similaires. Un observatoire de la qualité alimentaire doit voir le jour pour suivre la qualité nutritionnelle des produits alimentaires. Il produira un rapport annuel de l'état nutritionnel de l'offre alimentaire.

Le plan comprend également un plan de dépistage précoce de l'obésité, la création de réseaux de prise en charge et un effort accru de formation des professionnels de santé. Il importe particulièrement de repérer les enfants dès les premiers signes de surcharge pondérale.

Le PNNS 2 propose enfin un plan spécifique pour les populations défavorisées et précaires, ainsi qu'un dispositif de soutien aux actions locales menées par les maires, les conseils généraux et régionaux, les associations et les entreprises.

Voilà, monsieur le député, ce qu'il convient de dire sur un problème majeur, qu'il faut peut-être aussi replacer dans le cadre plus général des troubles de la nutrition, qui frappent de plus en plus les plus jeunes.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Madame la ministre, je souhaite attirer votre attention sur la difficile situation financière des établissements hospitaliers, notamment de ceux situés dans des zones paupérisées.

Certains hôpitaux ont rapidement mis en place le plan Hôpital 2007, c'est-à-dire la nouvelle gouvernance, le pilotage médico-économique, la tarification à l'activité – pour l'instant à 50 %. Ils ont fait des efforts budgétaires internes. Ils ont fait preuve d'initiative en matière de gestion du personnel, de mise en place de pôles, de regroupement de services, de modernisation de l'information, de mutualisation et de regroupement des moyens autour des plateaux techniques. Pour autant, leur budget reste en déficit, car le montant de la dotation annuelle complémentaire n'est pas venu compenser le financement nécessaire à leur fonctionnement et à leurs investissements.

D'autres hôpitaux n'ont pu que partiellement appliquer les directives du plan « Hôpital 2007 ». Ils vont passer à 100 % de T2A en 2008, mais avec un déficit bien supérieur aux premiers. Leur action est pourtant indispensable dans les zones où ils sont implantés.

Madame la ministre, il est question d'une réduction de 3,7 % des tarifs de la T2A, alors que ces établissements connaissent déjà d'énormes difficultés financières. Dans le cas où cette hypothèse serait confirmée, pouvez-vous m'indiquer quel impact elle aurait sur le budget de ces hôpitaux ?

Par ailleurs, comment l'État répartira-t-il son effort ? S'attachera-t-il plutôt à soutenir la démarche de rationalisation des premiers ou à aider les seconds à surmonter leurs difficultés financières ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe Nouveau Centre.*)

M. Jean-Luc Prével. Très bonne question !

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. La mise en place de la T2A à 100 %, qui a été réclamée par les structures gestionnaires des hôpitaux publics, doit être une réelle opportunité. J'ai indiqué lors d'un récent déplacement dans le Nord qu'elle aboutirait à un supplément de crédits de 26 millions d'euros. Elle mettra en évidence les problèmes structurels de certains établissements, qu'il convient d'accompagner pour mettre en place une organisation qui assure la qualité des soins et l'optimisation des ressources humaines, matérielles et financières. Pour cela, mon ministère a mis en place un dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières. Les conseillers généraux des établissements de santé procèdent à des audits pour identifier les mesures nécessaires à un retour rapide à l'équilibre financier. Des contrats de retour à l'équilibre peuvent ainsi être passés entre les agences régionales de l'hospitalisation et les hôpitaux concernés. J'ai détaillé, lors du débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, les autres mesures : lissage du passage à la T2A de 2007 à 2012, coefficient correcteur, etc. Je suis pleinement consciente de la nécessité d'accompagner l'application de la T2A et j'étudierai avec attention les cas particuliers que les ARH porteront à ma connaissance.

M. le président. Nous en venons aux questions du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.

La parole est à Mme Martine Aurillac.

Mme Martine Aurillac. Madame la ministre, ma question porte sur la maladie d'Alzheimer. Décrétée grande cause nationale en 2007, cette maladie est un véritable fléau : on recense 800 000 personnes touchées en France et l'on devrait atteindre le chiffre effarant de 1 300 000 cas en 2020.

Un plan Alzheimer a été mis en œuvre sur la période 2004-2007. D'après le comité de suivi qui en a fait le bilan récemment, son taux de réalisation est très satisfaisant. Ce bilan a également permis d'identifier les axes des principaux objectifs pour lesquels des efforts sont encore nécessaires, notamment en matière de recherche, de prise en compte des malades et de pratiques des professionnels.

Quelles mesures comptez-vous prendre pour faire suite à ce plan ? Quels seront les crédits affectés à cette cause déclarée prioritaire par le Président de la République ?

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. L'intérêt que le ministère et la ministre chargée de la santé portent aux maladies neuro-dégénératives, dont la maladie d'Alzheimer, ne date pas d'hier. Cette maladie, qui touche plus de 850 000 personnes en France métropolitaine, a déjà fait l'objet de deux plans de santé publique, le second arrivant à échéance en 2007. Elle a été déclarée grande cause nationale en 2007, donnant aux associations œuvrant dans ce domaine, que je tiens à saluer, des moyens supplémentaires pour mieux faire connaître la maladie et changer son image dans l'opinion publique. Le Président de la République en a fait un de ses chantiers prioritaires.

Je tiens à dire que 90 % des actions prévues dans le plan 2004-2007 ont été réalisées : 25 centres mémoire de ressources et de recherche qui prennent en charge plus de 32 000 malades et 366 consultations mémoire ; 5 435 places supplémentaires de services de soins à domicile ; plus de 55 millions d'euros alloués sur quatre ans, dont 6 millions de crédits d'État ; un observatoire de la recherche ; le développement de la recherche fondamentale ; le premier gérontopôle à Toulouse en 2007 ; l'inscription dans la liste des affections de longue durée dite ALD 30.

L'année 2008 verra la mise en œuvre d'un grand plan interministériel de 3,2 millions d'euros auxquels s'ajoutent les crédits dégagés par l'assurance maladie. Aujourd'hui, il faut conforter les acquis, aller plus loin, car l'incidence de la maladie progresse. On enregistre 225 000 nouveaux cas par an et une augmentation de dix ans de l'espérance de vie qui quadruple la probabilité de survenue de la maladie. Le Président de la République a donc confié au professeur Joël Ménard la présidence d'une commission chargée d'élaborer des recommandations pour un grand plan Alzheimer 2008-2012. Plusieurs axes ont été identifiés : améliorer le parcours des malades ; les maintenir dans le tissu familial et social ; resserrer les liens entre les soins et la recherche ; améliorer et optimiser la recherche en fédérant les ressources et les compétences des neuro-sciences françaises avec la création d'une structure nationale de recherche ; améliorer la prise en charge des malades en faisant une place privilégiée au médecin traitant, en renforçant la coordination entre le médical et le social et en laissant le choix aux malades et à leurs familles entre le maintien à domicile et un hébergement en établissement ; enfin, une prise en compte spécifique pour les malades de moins de soixante ans – c'était d'ailleurs le thème de l'association France Alzheimer cette année.

Le professeur Ménard remettra son rapport au Président de la République dans quelques jours. Le plan fera alors l'objet d'une concertation à laquelle vous serez étroitement associée, madame la députée.

M. le président. La parole est à M. Philippe Boënnec.

M. Philippe Boënnec. Ma question porte également sur la maladie d'Alzheimer. Si l'on prend en compte les familles, plus de 3 millions de personnes sont aujourd'hui concernées par ce fléau. L'aide aux aidants me semble donc être un aspect essentiel de la prise en charge de la maladie.

Par ailleurs, on fait trop souvent l'amalgame entre la maladie d'Alzheimer et la désorientation chronique liée à d'autres pathologies cérébrales neuro-dégénératives de la personne âgée. Ces pathologies, tout aussi dramatiques, doivent être prises en compte dans notre politique. Le seront-elles dans le plan Alzheimer 2008-2012 ?

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Vous avez eu raison, monsieur le député, de revenir sur ce sujet, tant il est important. En visitant avec le Président de la République un centre prenant en charge la maladie d'Alzheimer à Dax, j'ai pu constater combien les familles avaient besoin d'être épaulées et de pouvoir « souffler » pendant quelques jours lorsqu'elles ont décidé de prendre elles-mêmes en charge le malade. L'hébergement temporaire est donc l'une des pistes que nous devons explorer, de même que la formation d'ailleurs, car on peut retarder l'apparition des signes, hélas inéluctables, de ces maladies neuro-dégénératives par des conduites thérapeutiques de mobilisation, de stimulation des malades, ce qui suppose presque de faire des familles des membres de l'équipe soignante.

Il est vrai que l'on a facilement tendance à qualifier de « Alzheimer » des maladies très différentes du point de vue de la recherche, mais qui relèvent de la même prise en charge médico-sociale. C'est toute la question des protocoles de recherche et des protocoles thérapeutiques qu'il faut ici poser. La question « des » maladies d'Alzheimer et des maladies neuro-dégénératives associées sera l'un des axes forts de la présidence française de l'Union européenne, car la vision européenne sera particulièrement nécessaire sur un tel sujet.

M. le président. La parole est à M. Bertrand Pancher.

M. Bertrand Pancher. Madame la ministre, la gestion des interventions urgentes sur le plan médical est confiée à trois types de structures : les médecins généralistes qui mettent en place des services de garde ; le SAMU appelé directement par les malades et les familles ; les pompiers chargés des secours à victimes, qui interviennent sur les lieux d'accidents, mais qui peuvent aussi se déplacer à la demande des services d'urgence lorsque ces derniers ne disposent pas des moyens techniques et humains nécessaires.

Pour complexifier un système qui n'est déjà pas simple, ces structures sont placées sous la responsabilité d'autorités différentes. Elles sont financées par des budgets étanches et ces services sont assurés par des professionnels qui n'ont pas le même statut.

Les services de garde sont placés sous l'autorité des préfets qui réquisitionnent les médecins en cas d'urgence, lesquels sont rémunérés par l'assurance maladie. Les SAMU, hébergés par les hôpitaux, dépendent des agences régionales d'hospitalisation – les ARH. Les pompiers qui sont appelés en substitution des SAMU sont contrôlés par les services départementaux d'incendie et de secours – les SDIS – qui dépendent des conseils généraux, sauf sur le plan opérationnel, puisque les pouvoirs publics ont considéré que les élus locaux ne disposaient pas des diplômes et de la légitimité nécessaires et qu'il était donc plus prudent, à la différence des autres grandes démocraties, de placer leurs interventions sous la responsabilité des préfets...

Il s'ensuit un inévitable gâchis financier issu de la coexistence de trois systèmes de garde différents dont certains – SAMU et pompiers – auraient vocation à se regrouper et à travailler ensemble.

Plus grave, des vies pourraient être épargnées. En effet, l'État impose aux SDIS, c'est-à-dire aux collectivités, de financer des moyens pour intervenir sur tous les lieux d'accident dans des délais fixés, mais se garde bien de s'imposer des obligations identiques pour les urgences médicales.

M. le président. Monsieur le député, veuillez poser votre question !

M. Bertrand Pancher. Il n'est pas rare que, dans des départements ruraux comme le mien, la Meuse, l'ambulance arrive au domicile du patient deux heures après l'appel de la famille.

Ma question est donc simple : que peut-on envisager pour que cela change ? Les ministères ne pourraient-ils travailler ensemble – je pense à la sécurité civile et à la santé –, et ensuite avec les collectivités ? N'est-t-il pas temps, en cette période de vaches maigres, de regrouper ces services pour une meilleure efficacité ?

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Monsieur le député, vous avez excellemment expliqué les modalités, particulièrement complexes, selon lesquelles

s'organise le fonctionnement des urgences. Mais, quelles qu'elles soient, l'activité de ces services a connu une très forte augmentation, dans un contexte marqué par des données sociodémographiques – vieillissement de la population et augmentation de la précarité – qui incitent un certain nombre de personnes à se rendre directement dans une structure d'urgence où les soins sont « gratuits ».

Des rapports ont souligné la difficulté de garantir l'accès aux soins non programmés, en particulier la nuit et le week-end, dans une période où la mise en œuvre de la permanence des soins ambulatoires, notamment après minuit, est – pour utiliser un terme prudent – extrêmement hétérogène d'un secteur à l'autre.

L'organisation de la médecine d'urgence, à laquelle plusieurs rapports récents ont été consacrés, a fait l'objet de réformes importantes. Le plan « Urgences », qui a été mis en œuvre, a permis de professionnaliser et de renforcer les structures de médecine d'urgence, et de développer les modalités de prise en charge. Une rénovation du cadre réglementaire est également intervenue. Les décrets de 2006 visaient à garantir un accès aux soins de proximité grâce à un maillage fin du territoire, à promouvoir la qualité et la sécurité de la prise en charge, en garantissant le niveau de qualification des médecins, et à inscrire l'organisation de la médecine d'urgence dans un cadre territorial plus cohérent.

Les principaux enjeux sont la stabilisation de la permanence des soins de ville et le renforcement de l'accès aux soins non programmés, préconisés par plusieurs missions conduites à la demande de la DHOS, dont l'une a été confiée au docteur Jean-Yves Grall. Cette stabilisation est indispensable pour désengorger les structures d'urgence. Nous voulons aussi inscrire la prise en charge de l'urgence dans un cadre territorial cohérent pour mieux orienter les patients vers la prise en charge adaptée, fiabiliser la filière de prise en charge, en aval des urgences, au sein des établissements de santé et du territoire de santé dans le cadre du réseau des urgences, poursuivre la coopération et la mutualisation entre structures au sein des établissements et des territoires, développer le système d'information « veille » et « alerte », le suivi des disponibilités en lits et les outils d'information entre les professionnels de l'urgence, et finaliser la mise à niveau des locaux, ce qui concerne une cinquantaine d'établissements en tout.

Comme vient de me le souffler le président Méhaignerie, cette action doit prendre sa place dans la réforme visant à transformer les agences régionales de l'hospitalisation en agences régionales de santé. Votre contribution à ce débat, monsieur le député, est capitale. Nous ne réussirions pas une bonne réforme des ARS si nous ne leur confions pas la permanence des soins et le dossier tout particulier des urgences.

M. le président. Nous en venons aux questions du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

La parole est à Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Madame la ministre, votre réponse sur la MILDT, la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, ne nous a pas vraiment convaincus.

Je rappelle que cet organisme est chargé de coordonner l'action des pouvoirs publics en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie en veillant à la cohérence entre les différentes approches préventive, sanitaire, répressive et internationale. Quels sont les chiffres ? On compte en France près de 4 millions d'usagers occasionnels de cannabis

et 1,2 million d'usagers réguliers. Notre pays, un des plus répressifs, est aussi un de ceux d'Europe où la consommation est la plus forte. En 2006, un adolescent de dix-sept ans sur deux est un consommateur occasionnel. De plus, la consommation de cocaïne a augmenté ces dernières années, se diffusant progressivement dans les soirées et les événements festifs. L'ecstasy, dont les effets sanitaires sont manifestement sous-estimés, progresse également. Enfin, l'héroïne semble faire son retour, dans un contexte de relative ignorance de sa dangerosité par les générations les plus jeunes. Il s'agit là de réalités qu'il ne faut pas oublier, et rien ne sert de se voiler la face sur le sujet.

M. le président. Posez votre question, madame la députée.

Mme Catherine Lemorton. J'y viens, monsieur le président.

Il faut agir pour soigner ces personnes, qui souffrent physiquement, psychologiquement et très souvent socialement. Ce ne sont pas des délinquants de droit commun. J'en veux pour preuve, madame la ministre, la décision de votre prédécesseur, M. Xavier Bertrand, qui avait l'intention d'inscrire la buprénorphine haut dosage sur la liste des stupéfiants, alors qu'il ne s'agit pas à proprement parler d'un stupéfiant.

M. le président. La discussion est terminée, madame la députée : vous devez poser une question et je vous demande de le faire.

Mme Catherine Lemorton. Je suis obligée de rappeler les chiffres.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Pas pour poser une question !

M. le président. Posez votre question, madame la députée.

Mme Catherine Lemorton. Ma question est simple.

M. le président. Les questions sont toujours simples ! *(Sourires.)*

Mme Catherine Lemorton. Madame la ministre, que comptez-vous faire de la MILDT, dont vous avez diminué le budget ? Quel avenir lui laissez-vous en la dotant d'un financement si peu ambitieux au regard des enjeux de santé publique que représente la lutte contre l'usage des drogues licites et illicites ?

M. le président. La parole est à Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Mme Lemorton vient d'aborder un sujet très important. Jusqu'au milieu des années quatre-vingt-dix, la population des usagers de drogues était décimée et elle a bénéficié d'une politique de santé novatrice, permettant une large diffusion des outils de réduction des risques et des traitements de substitution aux opiacées. Pourtant, des problèmes importants persistent. Parfois même, la situation s'aggrave, du fait de la contamination des usagers de drogues par le virus des hépatites B et C, et du mésusage de la buprénorphine haut dosage, traitement de substitution. En outre, les publics touchés sont de plus en plus jeunes et de plus en plus précaires.

C'est pourquoi mon prédécesseur a annoncé en décembre 2005 une série de mesures destinées à lutter contre la diffusion de l'épidémie du VHC parmi les usagers de drogues. Le plan de prise en charge et de prévention des addictions pour la période 2007-2011 a notamment prévu

de renforcer l'offre de soins aux usagers de drogues. Enfin, la commission « Addictions » est désormais en ordre de marche pour proposer des mesures permettant d'améliorer la prise en charge des personnes souffrant d'addiction.

L'objectif prioritaire reste bien entendu la diminution du nombre d'usagers de drogues. Différentes mesures sont prévues pour eux. Le directeur général de la santé devrait signer prochainement un arrêté visant à limiter le mésusage de certains médicaments. Ce dispositif a été élaboré dans un double objectif de réduction des coûts et d'amélioration de la qualité de soins. Il prévoit pour certains médicaments ou en cas de suspicion d'abus une meilleure traçabilité entre le médecin prescripteur et le pharmacien, ainsi que la mise en place de protocoles de soins entre le médecin traitant et le médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie.

Pour faire face au VHC ou au VHB, je propose de renforcer la mise à disposition de matériel stérile, d'évaluer la place des pharmaciens dans la politique de réduction des risques, de développer le dépistage du VHC et du VHB, de veiller à une meilleure articulation entre le dépistage et la prise en charge prévue dans le plan « hépatite virale 2008-2011 », de réaliser le programme de vaccination gratuite, mesure inscrite dans le PLFSS 2008, – votée par votre groupe, me semble-t-il, – et de développer les actions dans les prisons, 61 % des usagers de drogue ayant connu un épisode d'incarcération au cours de leur vie. Il est également nécessaire de mieux informer le public en adaptant les messages aux plus jeunes, et en intensifiant les campagnes de prévention et la diffusion de messages sur les risques. Enfin, une attention particulière devra être portée à l'aide à la réinsertion, qui passe avant tout par l'aide au logement, notamment pour les usagers les plus démunis sous traitement VIH ou VHC. Il faut donc déterminer les besoins spécifiques en matière d'hébergement et renforcer la mission d'accompagnement des usagers de drogues dans leur démarche visant à obtenir l'ouverture et le maintien de leurs différents droits sociaux.

Si ces mesures visent à apporter une réponse concrète, pour éviter la propagation du VIH responsable du sida et des hépatites chez les usagers de drogues, la diminution de la consommation de drogues et de stupéfiants reste notre objectif de santé publique. Je m'inscris par conséquent en faux, comme je l'ai déjà souligné à l'issue de la discussion générale, contre l'idée que la baisse des crédits de la MILDT traduirait un désengagement de l'État dans le domaine de la lutte contre la drogue et la toxicomanie. Il ne s'agit que de clarifier le rôle respectif de la MILDT et de la direction générale de la santé, notamment en transférant les lignes d'écoute téléphonique, dispositif que vous connaissez sous le nom de GIP DATIS, et en cessant de verser deux fois certaines subventions à des associations. Mener une bonne politique de prévention ne dispense pas de réfléchir à une bonne et à une juste utilisation des crédits. La MILDT se recentrera ainsi sur son rôle de coordination ministérielle.

M. le président. La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Madame la ministre, j'ai été un peu déçu de ne pas obtenir une réponse – mais peut-être la fournirez-vous au cours du débat sur la sécurité sanitaire – en réponse à ma question sur le pilotage des actions que vous entendez mener contre les pesticides. Au même titre que la lutte contre l'obésité, mais avec des conséquences judiciaires tout autres, ce combat est un enjeu majeur de santé publique dans l'immédiat et pour les années qui viennent.

Le ministère de la santé devrait participer au réseau interministériel de limitation des pesticides phytosanitaires ou biocides. À titre d'exemple, je rappelle que, début octobre,

la Commission européenne a interrogé votre collègue chargé de l'agriculture et de la pêche sur l'utilisation des pesticides aux Antilles. Vous a-t-elle également saisie de cette question, qui appartient manifestement à la santé publique ? Si tel est le cas, vous aurez sûrement à cœur de nous indiquer la réponse du Gouvernement. Dans l'hypothèse inverse, n'est-il pas tout à fait anormal que seul le ministre de l'agriculture soit interpellé par la Commission sur ce sujet ?

M. le président. La parole est à Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Monsieur le député, je pense avoir déjà largement répondu à votre question. En tant que ministre de l'écologie, j'ai porté le combat contre les pesticides au niveau national et européen, allongeant considérablement la liste des substances interdites, dans un contexte qui n'était pas toujours favorable. À cet égard, je note un véritable changement au ministère de l'agriculture, notamment en ce qui concerne l'interdiction du paraquat, que j'avais souhaitée, mais qui avait rencontré, de la part des ministres de droite comme de ceux de gauche, des avis mitigés. En effet, M. Michel Barnier l'a décidée, dès son arrivée au ministère de l'agriculture, signant ainsi un changement d'attitude que je tiens à saluer.

Vous avez raison de souligner que cette politique doit être menée sous le pilotage du ministère de la santé. Nous en voyons un signe dans la mission qui vient d'être confiée à M. Didier Houssin, directeur général de la santé. Celui-ci vient d'être chargé de piloter les huit structures ministérielles qui ont, de près ou de loin, à connaître la politique de réduction ou d'interdiction des pesticides. Ainsi, c'est bien le DGS qui pilotera ces politiques, surveillant en particulier l'impact du chlordécone sur la santé publique aux Antilles. Comme vous le souhaitez, le ministère de la santé est donc associé à ce dossier.

M. le président. La parole est à Mme Christiane Taubira.

Mme Christiane Taubira. Pour le plus grand désespoir du président, j'ai en fait une dizaine de questions à vous poser, madame la ministre, mais cela ne prendra pas plus de deux minutes.

Je souhaite en effet vous interroger sur la prévention et le traitement de la dengue, du paludisme et de la maladie de Chagas, sur la transfusion sanguine, sur le sous-équipement critique d'un certain nombre de services hospitaliers, notamment de néonatalogie, sur l'abandon manifeste du pôle mère-enfant, sur la gestion des centres de santé des communes de l'intérieur et les évacuations sanitaires hélicoptérées, sur la modernisation de l'établissement d'accueil des personnes âgées dépendantes, sur l'IRM, qui a fonctionné sans agrément ministériel, sur le statut précaire de nombreux personnels, malgré le protocole Aubry, la loi Sapin et le FMES, sur la tarification à l'activité et ses effets pervers et structurels, compte tenu du fait que, en Guyane, les patients non solvables sont en nombre considérable, et sur l'encadrement des étudiants infirmiers.

Mais, puisque je ne peux poser qu'une seule question en deux minutes, je vous demanderai en responsabilité et en cohérence – compte tenu du fait que vous disposez de nombreux rapports sur tous ces sujets, notamment de l'IGAS et de l'IGF, dont l'un, sur la démographie médicale, remonte à moins de deux mois, et compte tenu du processus de régionalisation en cours – si vous entendez mettre en place un plan spécifique pour la gestion des hôpitaux publics

en Guyane, afin de prendre en compte les particularités de ce territoire entouré de pays appartenant au groupe des pays Afrique, Caraïbe et Pacifique ?

M. le président. La parole est à Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Monsieur le président, me laisserez-vous m'exprimer deux à trois heures pour répondre aux questions de Mme Taubira ? (*Sourires*)

M. le président. Madame la ministre, nous serons partis déjeuner...

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Madame la députée, j'ai le sentiment d'avoir déjà apporté des réponses, certes fragmentées, à vos questions, lors de mes nombreuses interventions au cours de ce débat et lors de l'examen du PLFSS.

Vous m'interrogez sur les hôpitaux de proximité en Guyane et plus généralement sur la démographie médicale qui se trouve être un des sujets majeurs dont je compte m'emparer dans le cadre de mes fonctions de ministre de la santé. Des états généraux de l'organisation de la santé vont s'ouvrir qui réuniront tous les acteurs concernés : les médecins, et en particulier les jeunes internes, mais aussi les associations de malades, les représentants des collectivités territoriales – bien entendu, les collectivités locales d'outre-mer participeront à ces discussions – et les administrations. Avec la constitution des ARS et la réflexion confiée à Gérard Larcher sur les missions de l'hôpital, ces états généraux seront un des éléments importants de notre politique de santé.

La question de l'hôpital et celle de l'hospitalisation de proximité sont essentielles. La politique de restructuration hospitalière que je mettrai en œuvre ne saurait être motivée que par la qualité et l'amélioration des soins. Je l'ai dit au cours de l'examen du PLFSS : ma vision dans ce domaine n'est pas une vision budgétaire. Améliore-t-on la qualité des soins en coordonnant, en restructurant ? Voilà la question que je me pose.

Pour ce qui concerne l'outre-mer, je tiendrai évidemment compte des critères sociologiques, topologiques ou géographiques qui font précisément sa spécificité, afin que la proximité la qualité des soins soient assurées de la meilleure façon.

M. le président. Madame la ministre, vous avez réussi en deux minutes à synthétiser trois heures d'intervention, c'est un exploit !

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour avis. C'est surtout du talent !

M. le président. Nous revenons maintenant aux questions du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.

La parole est à M. Philippe Boënnec, pour sa seconde question.

M. Philippe Boënnec. Madame la ministre, je souhaite vous interroger sur les mesures de prévention mises en place pour favoriser le dépistage du cancer.

En effet, pour la première fois cette année, le cancer est malheureusement devenu la première cause de décès en France, devant les maladies cardiovasculaires. Le cancer du poumon, principalement causé par le tabagisme, tue à lui seul 27 000 personnes par an. Si le dépistage des cancers du sein et colorectaux, lorsqu'il est effectué dans le cadre d'une opération organisée par l'assurance maladie, est désormais

exonéré du forfait d'un euro, cette incitation à l'égard des femmes n'en reste pas moins insuffisante, puisque le taux de dépistage n'atteint que 40 %, alors qu'un objectif de 80 % est affiché par le plan cancer.

Le dépistage du cancer colorectal concerne 2,2 millions de personnes âgées de cinquante à soixante-quatorze ans. En attendant sa généralisation, vingt-trois départements pilotes expérimentent le dispositif d'exonération. Là aussi le taux de participation est faible, avec 28 % en moyenne.

M. le président. Veuillez poser votre question monsieur Boënnec.

M. Philippe Boënnec. Je souhaiterais savoir si cette exonération doit s'étendre à d'autres actes de prévention.

M. le président. La parole est à Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Monsieur Philippe Boënnec, le dépistage des cancers est un enjeu majeur en termes de santé publique. L'évolution de données sociodémographiques et socio-environnementales explique en partie que les cancers soient devenus la première cause de mortalité dans notre pays. Près de 900 000 de nos concitoyens sont touchés et, tous les ans, 280 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués. Notre politique de dépistage doit permettre une prise en charge précoce des personnes concernées augmentant ainsi les chances de guérison.

La femme est principalement atteinte par le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus. Le cancer du sein, le plus fréquent des cancers féminins, représente plus du tiers des nouveaux cas de cancer. Dans le cadre du programme de dépistage organisé qui a été généralisé depuis bientôt quatre ans, toutes les femmes de cinquante à soixante-quatorze ans peuvent bénéficier tous les deux ans d'une mammographie, sans avoir à faire d'avance de frais. Près de quatre millions de femmes ont participé à ce programme de dépistage entre 2005 et 2006. Certes, le taux de participation reste trop faible, vous le signaliez, mais il progresse puisqu'il est passé de 40 % à près de 50 % entre 2004 et 2006. Plus de 43 millions d'euros, dont 13 millions d'euros de crédits d'État, ont été consacrés à ce programme en 2007.

Nous accroîtrons nos efforts en 2008 pour atteindre les femmes les plus vulnérables et susciter une adhésion au dépistage organisé en lui conférant une image plus positive par l'introduction de la technologie numérique pour la première lecture de la mammographie. Un montant de 57 millions d'euros, dont 21 millions d'euros de crédits d'État, sera consacré à ce programme. Vous l'avez constaté, le problème de l'accès au dépistage n'est pas financier mais social : les populations les plus précaires en sont le plus éloignées.

Chaque année, le cancer colorectal touche 36 000 personnes supplémentaires et cause 16 000 décès. Entre 2002 et 2004, vingt-trois départements ont été autorisés à expérimenter un programme de dépistage chez les personnes de cinquante à soixante-quatorze ans. À la fin de l'année, la structuration de la généralisation du dépistage sera finalisée, ce qui permettra à notre pays de franchir un cap décisif pour faire reculer la mortalité par cancer colorectal. Pour 2008, 90 millions d'euros, dont 19 millions d'euros de crédits d'État serviront à former les professionnels de santé et à aider les quatre-vingt-douze structures de gestion de dépistage, réparties sur l'ensemble du territoire, à sensibiliser le public.

Le cancer du col de l'utérus est diagnostiqué chez 3 500 femmes par an et en tue 1 000 sur la même période. Actuellement en France, environ 60 % des femmes de la population cible, c'est-à-dire les personnes âgées de vingt-cinq à soixante-cinq ans, ont recours au dépistage spontané en faisant réaliser un frottis cervico-utérin auprès de leur gynécologue ou de leur médecin généraliste – 90 % des patientes s'adressent à leur gynécologue et 10 % à leur généraliste. Des expérimentations de dépistage organisé sont en cours dans trois départements et de nouvelles expérimentations seront lancées, notamment dans les DOM, madame Taubira. Avec les nouveaux vaccins anti-HPV, il est en effet nécessaire de renforcer le dépistage des cancers du col de l'utérus et 900 000 euros y seront consacrés pour 2008.

Vous le voyez, monsieur le député, dans ce domaine, l'implication du Gouvernement est totale, et la mienne en particulier, tout à fait résolue !

M. le président. La parole est à M. Bernard Gérard.

M. Bernard Gérard. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, ma question prolonge celle posée tout à l'heure par M. Yves Cochet.

Nous savons tous que le virus de la grippe aviaire frappera l'ensemble des pays du monde dont le nôtre – c'est certain, même si nous ne savons pas quand. Dans cette perspective l'État Français a, très légitimement, souhaité mettre en place en 2005 des mesures préventives, en procédant à l'acquisition d'un stock important de masques immédiatement utilisables en cas de pandémie.

Parmi les cinq fabricants français, capables de gérer ce type de production, la société Macopharma est située sur le territoire de ma circonscription à Tourcoing. Cette entreprise, leader mondial des systèmes de filtration du sang et présente dans plus de cent cinquante pays, a été la première à répondre à l'appel d'offres lancé par le gouvernement. Elle a créé pour ce faire une unité de production spécifique qui a fabriqué en trois ans cent millions de masques dont les derniers ont été livrés en août 2007.

Se pose désormais la question de l'avenir de cette unité. À défaut de nouvelles commandes, son activité cessera à la fin de cette année, avec toutes les conséquences induites sur la filière des fournisseurs hautement spécialisés et la technicité des agents spécialement formés pour cette production. Une centaine d'emplois sont concernés.

Les premiers masques livrés ayant atteint leur date de péremption au mois de septembre 2007, une solution pourrait consister à confier à Macopharma leur recyclage, afin de réaliser des économies d'échelle en allongeant leur durée de vie. Cette solution préserverait les compétences acquises qui se révéleront précieuses pour répondre rapidement et efficacement à la demande lorsqu'elle se présentera.

Mme Catherine Lemorton. Mais quelle est la question de l'orateur, monsieur le président ?

M. le président. Monsieur Gérard, posez votre question.

M. Bernard Gérard. Madame la ministre, je souhaite vous interroger sur cette filière de production. Confronté à un risque extrêmement grave, quelles dispositions l'État français entend-il prendre pour préserver nos capacités de production à court, moyen et long terme ?

M. le président. M. Gérard a bien respecté les deux minutes qui lui étaient imparties.

La parole est à Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Monsieur Gérard, je me propose de faire un point sur la pandémie grippale avant de tenter de répondre à votre question, même si celle-ci ne relève pas uniquement de mes compétences de ministre de la santé.

En matière de préparation aux mesures sanitaires de grande ampleur, en particulier pour ce qui concerne le risque de pandémie grippale, nous progressons. Nous avons fait le choix important de créer un établissement public de préparation et de réponses aux urgences sanitaires, l'EPRUS, car nous voulons nous inscrire dans un dispositif pérenne de préparation. Nous souhaitons, pour les années à venir, poursuivre les acquisitions de moyens de protection, mais également mettre en œuvre un plan de qualité de renouvellement de stock. En outre, en 2008 seront mis en place une ou plusieurs plateformes logistiques propres au ministère de la santé pour améliorer la fiabilité du dispositif de stockage et de distribution ainsi que la réserve sanitaire nouvellement créée.

Une très grande cohérence existe entre, d'une part, les missions de l'EPRUS chargé de la constitution des stocks de produits et de médicaments mais aussi de la formation des médecins et, d'autre part, la mise en œuvre de plans de continuité administrative qui ont amené chaque administration, chaque entreprise publique à mettre en place un plan pandémie grippale, sans oublier les coopérations internationales nécessaires : ainsi, je me suis rendue à Washington à la fin de la semaine dernière pour coordonner nos actions pour tout ce qui concerne la recherche, mais également les stocks.

La lutte contre la pandémie grippale mais aussi contre les autres maladies émergentes, et plus globalement les questions de sécurité sanitaire seront un axe prioritaire des travaux de l'Union européenne lors de la présidence française, qui interviendra au second semestre 2008.

Au début du mois de décembre prochain, je présiderai l'exercice national de pandémie grippale, pour vérifier que tous les dispositifs que nous mettons en œuvre sont bien opérationnels.

Actuellement, la France est saluée en Europe et dans le monde comme le pays qui a le mieux appréhendé la préparation d'une éventuelle pandémie grippale. Notre effort est considérable et doit être salué : les crédits d'État s'élèvent à 75 millions d'euros en autorisation d'engagement et les crédits de l'assurance maladie se situent au même niveau.

Des entreprises ont investi dans ce secteur, à l'exemple de Macopharma à Tourcoing ; elles pourront donc continuer leur activité. Au-delà de leur date limite d'utilisation, les masques pourront sans doute être recyclés. Surtout, d'année en année, de nouveaux flux d'achat de matériels sont prévisibles afin de reconstituer les stocks en tant que de besoin – c'est la raison pour laquelle l'EPRUS est doté de crédits importants.

Si toutefois des mesures de transformations industrielles devaient être prises pour permettre le maintien de l'emploi en particulier grâce à de nouvelles filières de fabrication, de telles décisions relèveraient davantage des compétences de la ministre de l'économie, des finances et de l'emploi, ma collègue Mme Lagarde que de celles du ministre de la santé.

M. le président. La parole est à M. Guénaël Huet.

M. Guéhaël Huet. Madame la ministre, le problème de la démographie médicale est le plus souvent traité sous l'angle de l'inégale répartition des médecins libéraux sur le territoire national, ainsi qu'en témoignent les dispositions prises par le Gouvernement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Or il concerne également le recrutement des praticiens hospitaliers exerçant certaines spécialités telles que l'anesthésie et la gynécologie. De nombreux postes restent ainsi vacants pendant de longs mois, déstabilisant le fonctionnement des établissements publics et forçant les malades à se diriger vers les centres hospitalo-universitaires où les délais d'attente sont souvent très longs.

Cette situation est d'autant plus pénalisante qu'elle induit une baisse de l'activité des hôpitaux concernés et donc, dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, des difficultés financières. Pouvez-vous nous indiquer les mesures ponctuelles et structurelles que vous pourriez prendre pour régler ce problème majeur de notre système de soins hospitalier et faciliter ainsi l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire national ?

M. le président. La parole est à Mme la Ministre.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je vous remercie, monsieur Huet, de m'interroger sur la T2A à 100 %. Je crois m'être exprimée à de nombreuses reprises sur ce sujet, ce matin et lors de l'examen du PLFSS, la semaine dernière.

C'est vrai, certains établissements dont l'activité est insuffisante verront leurs moyens diminuer par rapport à la dotation forfaitaire qu'ils recevaient. Ils devront donc optimiser leur activité, car tout le monde ne pourra pas tout faire. Bien entendu, des mesures d'accompagnement permettront de lisser, entre 2007 et 2012, l'impact du passage à la T2A. Mais les établissements devront se coordonner afin de répartir leurs activités en développant, par exemple, des structures administratives communes afin de réduire leurs coûts et optimiser leur fonctionnement. Le passage à la T2A représente une formidable opportunité, qui doit être vécue comme un moyen d'améliorer le fonctionnement de nos hôpitaux et la qualité des soins.

Quant au recrutement des praticiens hospitaliers, il participe en effet des problèmes de démographie médicale, qui ne touchent pas uniquement, tant s'en faut, la médecine de ville. Certains hôpitaux ont des difficultés à recruter certaines spécialités, notamment celles que vous avez évoquées, auxquelles s'ajoute la radiologie. Nous nous efforçons actuellement de renforcer l'attractivité des postes. La mission Larcher, installée par le Président de la République il y a une quinzaine de jours, rendra ses conclusions au printemps 2008. J'ajoute que les états généraux de l'offre de santé, qui se tiendront en janvier prochain, devront permettre de résoudre les problèmes de démographie médicale qui, étant donné le *numerus clausus* d'entrée en PCM2, vont se poser au moins jusqu'en 2025. Qu'il s'agisse de la répartition de l'offre sur le territoire, des mesures incitatives ou de l'attractivité des carrières, vous êtes invité à participer à la réflexion, monsieur le député.

M. le président. Nous revenons au groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

La parole est à Mme Chantal Robin-Rodrigo.

Mme Chantal Robin-Rodrigo. Permettez-moi, madame la ministre, de revenir une fois encore sur le service public hospitalier ; sa fragilisation actuelle le justifie.

Accusé d'être responsable de la dérive des dépenses de l'assurance maladie, alors qu'il ne représente pas la moitié des dépenses de l'ONDAM, l'hôpital souffre d'un manque chronique de financement. Pendant ce temps, les cliniques privées dépassent l'ONDAM de 187 millions d'euros, comme le souligne à juste titre la Cour des comptes. Ce secteur se porte d'ailleurs plutôt bien, si l'on en juge par les dividendes exceptionnels de 420 millions d'euros que se partageront les actionnaires du groupe de cliniques privées Générale de santé, soit la moitié des recettes générées par les nouvelles franchises médicales... Les assurés sociaux apprécieront certainement les efforts de solidarité qui leur sont demandés quand, dans le même temps, un groupe d'établissements de santé commerciaux réalise d'importants profits sur le dos de l'assurance maladie.

L'hôpital prend en charge toutes les situations, notamment les pathologies les plus lourdes, et accueille tous les assurés sociaux, même les plus fragiles, alors que le secteur privé choisit ses activités et privilégie donc les plus rentables. Ces deux secteurs ne peuvent être mis sur le même plan.

La tarification à l'activité, qui ne tient pas compte des spécificités de chaque secteur, privé et public, a eu pour conséquence d'étrangler le secteur public hospitalier. C'est le cas à Tarbes, où l'hôpital affiche un déficit cumulé de 10 millions d'euros. Il convient de sortir de cette hypocrisie en donnant enfin des moyens à l'hôpital et en réévaluant les missions d'intérêt général qui lui sont dévolues. C'est la condition indispensable au passage à la tarification à l'activité à 100 %.

Face à la crise sans précédent que traverse le secteur public hospitalier, quelles mesures urgentes comptez-vous prendre, madame la ministre ?

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Madame Robin-Rodrigo, mon engagement en faveur de la défense de l'hôpital public est total – j'ai eu l'occasion de m'exprimer à maintes reprises sur ce sujet. Votre interpellation me surprend, car c'est précisément l'application de la tarification à l'activité à 100 % qui a permis aux cliniques privées de dégager les bénéfices dont vous parlez. C'est d'ailleurs pour permettre à l'hôpital public de lutter à armes égales avec l'hospitalisation privée que l'ensemble des gestionnaires de l'hôpital public demandaient la généralisation de la T2A à 100 %. Il est bien évident que des mesures d'accompagnement doivent être mises en œuvre, et j'ai eu l'occasion de m'expliquer de façon claire sur celles qui seront appliquées entre 2007 et 2012.

Pour autant, il n'est pas question pour moi de mettre les deux secteurs sur le même pied, compte tenu des missions tout à fait particulières qu'assume l'hôpital public en matière sociale, de santé ou de recherche. Au reste, des crédits particuliers, les MIGAC, sont prévus parallèlement à la tarification à l'activité, afin de financer ces missions particulières.

Bien entendu, nous pouvons réfléchir ensemble à l'insuffisance des crédits face aux nouvelles missions de l'hôpital et, plus globalement, à la part du PIB que nous devons consacrer à nos dépenses de santé, à la nécessaire optimisation des dépenses socialisées, à l'organisation de l'offre de soins à travers les agences régionales de santé, à la responsabilisation des différents acteurs et à la nécessité de mettre en place de véritables politiques de santé publique. Mais la tarification à l'activité est une chance pour l'hôpital public, dont la spécificité sera respectée grâce aux crédits MIGAC.

M. le président. Nous terminons les questions, en revenant au groupe de l'Union pour un mouvement populaire.

La parole est à M. Étienne Pinte.

M. Étienne Pinte. Madame la ministre, permettez-moi de revenir sur la tarification à l'activité. Beaucoup d'hôpitaux publics sont en déficit : en région Île-de-France, c'est le cas des deux tiers d'entre eux. Malgré la maîtrise des dépenses, en particulier des dépenses de personnel, de nombreux hôpitaux sont perdants avec la mise en œuvre de la T2A. En effet, la progression des recettes provenant de l'activité tarifée ne parvient pas à compenser la diminution concomitante de la dotation annuelle complémentaire.

Mme Chantal Robin-Rodrigo. Exactement !

M. Étienne Pinte. Il existe deux solutions : la mise en place rapide du plan Hôpital 2012 et la signature par votre ministère des contrats d'objectifs et de moyens, que nous attendons depuis plusieurs mois. Ma question est donc simple : quand allez-vous mettre en œuvre ces deux solutions ?

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Monsieur le député, j'ai le sentiment d'avoir déjà répondu à de multiples reprises à cette question sur la tarification à l'activité. Je ne me lasserai pas de rappeler que celle-ci a été demandée par les structures de gestion de l'hôpital public, en particulier par la Fédération hospitalière de France, qui souhaitaient pouvoir lutter à armes égales avec l'hospitalisation privée. Qu'une transition soit aménagée, que des mesures d'accompagnement soient nécessaires, c'est tout à fait évident. Vous remarquez à juste titre que, pour certains hôpitaux de la région parisienne, il y aura une distorsion entre la DAC et la T2A. C'est la raison d'être du coefficient correcteur qui permettra un lissage entre 2007 et 2012. En tout état de cause, la situation sera étudiée avec beaucoup d'attention par les agences régionales de l'hospitalisation.

Si j'ai souhaité que le passage à la T2A se fasse dès 2008, c'est pour obliger les hôpitaux à mettre en place une gestion vertueuse et à se poser un certain nombre de questions sur leur fonctionnement. Ainsi, la mutualisation des moyens doit être mise en œuvre et il serait pertinent que certains hôpitaux, en particulier en région parisienne, mènent une réflexion sur le recentrage de leurs activités. Le passage à la T2A et le lissage sur cinq ans nous offrent une occasion unique de repenser la gestion de nos moyens, mais l'amélioration de la qualité des soins est mon seul objectif dans ce domaine, cher Étienne Pinte. Nous devons dégager des marges de manœuvre et si nous obtenons une meilleure allocation des ressources, tant mieux. Mais c'est surtout à l'amélioration de la qualité des soins que je veux dédier mes efforts. Je suis, mesdames, messieurs les députés, la ministre de la qualité des soins. Tel est le sens de toutes les politiques que je mène. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.)*

Mme Christiane Taubira. Vous n'avez répondu ni sur le plan Hôpital 2012 ni sur les contrats d'objectifs et de moyens !

M. le président. La parole est à M. Louis Cosyns.

M. Louis Cosyns. Madame la ministre, ma question porte sur un domaine particulier de l'action de votre ministère : la santé mentale.

Pouvez-vous m'indiquer la place accordée, dans le cadre de la poursuite du plan Psychiatrie et santé mentale, à l'accueil familial thérapeutique, un dispositif qui a fait largement ses preuves ?

Par ailleurs, face au désespoir des parents, un plan Autisme a été mis en œuvre. Quels en sont les résultats ? Quel bilan peut-on en faire ? Quelle est la place de l'autisme dans notre politique de santé ? Quels sont les crédits accordés à son dépistage précoce, au développement de la formation aux thérapies comportementalistes et de la prise en charge des enfants, ainsi qu'à la recherche ?

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je vous remercie, monsieur Cosyns, de m'interpeller sur ce sujet, qui est aussi l'un des combats de ma vie. Je me suis toujours beaucoup mobilisée, dans le cadre de mon travail associatif, en faveur de la prise en charge de l'autisme – François Rochebloine notamment pourrait en témoigner.

L'autisme et les troubles qui lui sont apparentés constituent un ensemble de syndromes variés caractérisés par un déficit des interactions sociales de la communication et des perturbations des intérêts et des activités. Ces troubles entravent évidemment le développement de l'enfant et engendrent, sa vie durant, des handicaps sévères et lourds et des conséquences souvent dramatiques pour les familles.

L'INSERM retient une prévalence de 9 pour 10 000 pour l'autisme et de 27,3 pour 10 000 pour l'ensemble des troubles envahissants du développement. À ce jour, nul ne peut prétendre, hélas ! guérir l'autisme. Mais il est possible, par l'éducation, par des soins adaptés, d'en orienter l'évolution et d'en limiter considérablement les conséquences.

Le bilan que vous me demandez est le suivant : le plan 2005-2007 a permis de créer 2 600 places en établissements médico-sociaux, soit 650 de plus que l'objectif fixé dans le cadre du plan ; toutes les régions sont maintenant pourvues d'un centre – ou, à défaut, d'une antenne – Ressources autisme ; des recommandations professionnelles ont été élaborées en 2005 par la Société française de psychiatrie sous l'égide de la Haute autorité de santé, afin de favoriser le diagnostic précoce de l'autisme par le repérage des troubles qui le caractérisent ; un programme de sensibilisation du milieu médical aux premiers signes de l'autisme a été mis en place en 2006-2007 par l'association nationale de formation hospitalière, afin de faciliter le repérage ; le comité de réflexion et de proposition sur l'autisme et le groupe de suivi scientifique ont été mis en place et ont commencé à travailler ; enfin, des études ont été menées sur les pratiques, l'offre et les besoins en matière d'autisme, pour engager une démarche qualité au niveau de la prise en charge et de l'évaluation des pratiques.

Je vous ai fait part de mon intention de renforcer le plan de santé mentale, qui vise à une approche globale intégrant les différentes dimensions de la prévention, du soin et de l'insertion. Ce plan fournit un cadre cohérent pour renforcer et réorganiser l'offre de soins et développer les différentes modalités de prise en charge – parmi lesquelles l'accueil familial thérapeutique aura sa place. À cet égard, l'inflexion du plan de santé mentale vers la psychiatrie infantile-juvénile devrait répondre, au moins en partie, à votre préoccupation.

M. le président. La parole est à M. Jean-Claude Bouchet.

M. Jean-Claude Bouchet. Madame la ministre, mon intervention porte sur les modalités de dotation des hôpitaux de proximité en moyens financiers et humains. En effet, les agences régionales d'hospitalisation mettent en place sur le territoire des schémas d'organisation sanitaire et de santé qui ont conduit, dans certains cas, au rapprochement entre

services publics et privés et, dans d'autres, à une restructuration pouvant impliquer la fermeture de certains services de soins.

Cette action de réforme, souhaitable et nécessaire, doit, pour être acceptée de tous, s'accompagner de moyens assurant la continuité et la qualité du service public hospitalier pour chacun de nos concitoyens.

En ce qui concerne le centre hospitalier de Pertuis, situé dans le sud du Vaucluse, la commission exécutive de l'ARH de la région PACA a voté à l'unanimité, en juillet dernier, l'arrêt du service de soins de chirurgie. Cette décision difficile a été justifiée par un souci de sécurité sanitaire, au motif que ce service effectuait moins de 500 actes par an. Pour autant, il convient que les patients du Sud-Luberon continuent de bénéficier du service public assuré par cet établissement, dont le plateau technique va être modernisé grâce à une dotation financière exceptionnelle. La maternité de Pertuis, établissement de l'assistance publique pratiquant près de 800 accouchements par an, et dont la qualité d'accueil et de soins constitue un atout majeur, devrait, à mon sens, bénéficier de garanties budgétaires en adéquation avec les attentes des professionnels de santé et des familles. Madame la ministre, quelles sont les dispositions d'ordre financier, matériel et humain, prises en ce sens dans le cadre du budget 2008 ?

Ma deuxième question porte sur le projet de rapprochement entre l'hôpital et la clinique Saint-Roch de Cavaillon, ville-centre de ma circonscription. La mise en place de ce pôle privé-public doit se traduire par un enrichissement de l'offre de soins, dans l'intérêt du patient.

M. le président. Je vous prie d'en venir à votre question, monsieur Bouchet.

M. Jean-Claude Bouchet. Certes, la mise en commun des moyens techniques devrait conduire à une économie d'échelle non négligeable, mais il convient également que ce regroupement sanitaire de coopération constitue, pour les patients, une avancée incontestable en matière de qualité de soins, de maîtrise des coûts et de proximité. C'est pourquoi, madame la ministre, je vous serais très reconnaissant de bien vouloir m'indiquer quelles sont les orientations budgétaires et juridiques qui accompagnent ce projet.

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. J'ai répondu à de nombreuses questions sur la tarification à l'activité...

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. C'est une inquiétude !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Certes, mais une inquiétude qui aurait vocation à s'exprimer dans le cadre du PLFSS, plutôt que dans celui de la discussion sur le budget de la santé !

Mme Claude Greff et Mme Marie-Christine Dalloz. Exactement !

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. Ce n'est pas faux !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je vais m'efforcer de vous répondre, monsieur le député, mais comprenez bien que ce n'est pas dans le cadre du budget « Santé » que l'on doit examiner le budget des hôpitaux : le ministère de la santé ne dispose d'aucun budget spécifiquement dédié aux restructurations hospitalières ou à l'accompagnement.

J'en viens à me demander si je ne me suis pas trompée de séance... Rassurez-moi, monsieur le président : notre discussion porte bien sur l'examen du budget « Santé » ?

M. le président. Je vous le confirme, madame la ministre. *(Sourires.)*

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Merci, monsieur le président !

Cela étant, l'avenir des hôpitaux de proximité est une question essentielle et délicate. Il est impératif de parvenir à concilier, d'une part, une répartition des hôpitaux assurant la proximité avec les usagers – à cet égard, il est étonnant de constater que si nous disposons de l'un des maillages les plus fins d'Europe, nos indicateurs de performance n'en sont pas meilleurs pour autant –, d'autre part, la nécessité de voir chaque établissement doté d'une taille critique et d'une activité minimale, afin de garantir la qualité des moyens techniques et la compétence des équipes pluridisciplinaires.

Ma démarche ne saurait donc s'inspirer d'une approche quantitative, mais procède plutôt d'un examen au cas par cas de chaque hôpital. Les progrès de la médecine et de la chirurgie ne permettent plus à un chirurgien isolé de répondre aux besoins d'une population ; dans certaines disciplines dites de plateaux techniques, comme la chirurgie ou l'imagerie médicale, la sécurité et la qualité des soins nécessitent des équipes pluridisciplinaires, ce qui n'est possible que dans des établissements d'une taille critique suffisante. Les hôpitaux de proximité doivent développer des activités dont la population a besoin : médecine, gériatrie, soins de suite. Je rappelle, d'ailleurs, que les opérations de restructuration menées depuis plusieurs années afin de répondre aux mutations socio-économiques de notre pays – vieillissement de la population, nouvelle répartition des populations sur le territoire national – se sont faites sans qu'aucun hôpital ne soit fermé, seuls certains services ayant dû être restructurés.

Après l'avis des ARH, j'examinerai donc chaque situation au regard d'un seul critère, celui de la qualité des soins : c'est le seul souci qui m'anime en tant que ministre de la santé. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.)*

M. le président. Nous en avons terminé avec les questions.

MISSION « SANTÉ »

Article 33 et état B

M. le président. J'appelle les crédits de la mission « Santé », inscrits à l'article 33 et à l'état B.

Je mets aux voix ces crédits.

(Les crédits de la mission « Santé », inscrits à l'article 33 et à l'état B, sont adoptés.)

M. le président. Nous avons terminé l'examen des crédits relatifs à la santé.

La suite de la discussion budgétaire est renvoyée à la prochaine séance.

2

ORDRE DU JOUR DES PROCHAINES SÉANCES

M. le président. Cet après-midi, à quinze heures, deuxième séance publique :

Questions au Gouvernement ;

Suite de la discussion de la seconde partie du projet de loi de finances pour 2008, n° 189 :

Rapport, n° 276, de M. Gilles Carrez, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan.

Outre-mer :

Rapport spécial, n° 276, annexe 27, de M. Jérôme Cahuzac au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan ;

Avis, n° 278, tome IV, de M. Alfred Almont, au nom de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire ;

Avis, n° 281, tome VI, de M. Didier Quentin, au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République.

À vingt et une heures trente, troisième séance publique :

Outre-mer (*suite*).

La séance est levée.

(*La séance est levée à douze heures cinquante.*)

*Le Directeur du service du compte rendu intégral
de l'Assemblée nationale,*

JEAN-PIERRE CARTON