



N° 273

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 12 octobre 2017.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU CONTRÔLE BUDGÉTAIRE SUR LE PROJET DE **loi de finances pour 2018** (n° 235),

PAR M. JOËL GIRAUD,
Rapporteur Général
Député

ANNEXE N° 38

SANTÉ

Rapporteuse spéciale : MME VÉRONIQUE LOUWAGIE

Députée

SOMMAIRE

	Pages
PRINCIPALES ANALYSES DE LA RAPPORTEURE SPÉCIALE	7
DONNÉES CLÉS	9
PREMIÈRE PARTIE : LES CRÉDITS DE LA MISSION SANTÉ	11
I. LE PROGRAMME 183 PROTECTION MALADIE	11
A. L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT	12
1. L'aide médicale de l'État (AME) de droit commun	12
2. La prise en charge des « soins urgents »	14
3. Trois autres dispositifs d'ampleur beaucoup plus limitée	15
4. Des mesures d'efficience et de contrôle	15
B. LE FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE	16
II. LE PROGRAMME 204 PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS	17
A. UNE AUGMENTATION GLOBALE DES CRÉDITS QUI MASQUE DE NOUVELLES BAISSSES DE DOTATION	17
1. Une inflexion à la hausse	17
2. L'effort important des opérateurs de la mission	18
B. DES CRÉDITS EN DIMINUTION POUR UNE GRANDE MAJORITÉ DES ACTIONS DU PROGRAMME 204	23
1. <i>Pilotage de la politique de santé publique</i> (action 11) : les actions de structuration sont éclipsées par un dispositif d'indemnisation	23
2. <i>Santé des populations</i> (action 12) : une action de plus en plus réduite	23
3. <i>Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades</i> (action 14) : une baisse sensible des crédits	24
4. <i>Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation</i> (action 15) : une part très faible et des crédits orientés à la baisse	25
5. <i>Veille et sécurité sanitaire</i> (action 16) : une action au périmètre resserré	25

6. <i>Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins</i> (action 17) : l'effort budgétaire se réduit	26
7. <i>Modernisation de l'offre de soins</i> (action 19) : la situation de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna.....	27

DEUXIÈME PARTIE : FOCUS CHOISIS PAR LA RAPPORTEURE SPÉCIALE

FOCUS N° 1 : LA GESTION HOSPITALIÈRE DE LA PATIENTÈLE PRÉCAIRE, UNE MISSION MAL ENCADRÉE ET MAL COMPENSÉE

I. LA NÉCESSITÉ D'UNIFORMISER LES PROCESS EN MATIÈRE D'OUVERTURE DES DROITS À L'AME	29
II. DES MODALITÉS DE COMPENSATION POUR LES HÔPITAUX DES SURCÔÛTS ENGENDRÉS PAR LA PATIENTÈLE PRÉCAIRE À REVOIR ..	31

FOCUS N° 2 : LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ EN FRANCE, UNE POLITIQUE PUBLIQUE SOUS-FINANCÉE ET INSUFFISAMMENT COORDONNÉE

I. LES POLITIQUES PUBLIQUES MISES EN ŒUVRE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ	37
A. LE PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ (PNNS)	37
B. LE PLAN OBÉSITÉ 2010-2013	38
C. LA LOI SANTÉ DE 2016.....	39
II. LA PRÉVENTION CONTRE L'OBÉSITÉ A L'HÔPITAL AVICENNE : UNE DÉMARCHE DE PRISE EN CHARGE GLOBALE	40
A. LE GROUPE HOSPITALIER « HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS SEINE-SAINT-DENIS » DE L'AP-HP : UN EXEMPLE DE PRISE EN CHARGE GLOBALE SUR UN TERRITOIRE PARTICULIÈREMENT EXPOSÉ AU RISQUE D'OBÉSITÉ	40
B. LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DE L'AXE NUTRITION-OBÉSITÉ ET LES INSUFFISANCES CONSTATÉES SUR LA COHÉRENCE DE LA CHAÎNE DE SOINS	41
III. LES PRÉCONISATIONS VISANT À RENFORCER LA PRÉVENTION ET LA BAISSÉ DE LA PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ	45
A. LE CHOIX DU LONG TERME : FINANCER L'ENSEMBLE DE LA CHAÎNE DE SOINS ET PILOTER PLUS EFFICACEMENT LA PRÉVENTION.....	45
B. METTRE EN ŒUVRE UNE STRATÉGIE NATIONALE CONTRAIGNANTE AFIN D'ÉVITER LA MULTIPLICATION DES INITIATIVES ISOLÉES ET DE RENFORCER LES LIENS AVEC LES DIFFÉRENTS ACTEURS	48
C. LA FISCALITÉ COMPORTEMENTALE : UNE SOLUTION EFFICACE À CONDITION D'ÊTRE EFFECTIVEMENT DÉSINCITATIVE POUR LES CONSOMMATEURS ET LES INDUSTRIELS.....	48

FOCUS N° 3 : PREMIER BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION D'UNE SALLE DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE (OU « SALLE DE SHOOT ») DANS LE QUARTIER DE LA GARE DU NORD À PARIS	50
I. CONTEXTE ET CADRAGE JURIDIQUE DES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE	50
A. LA MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVE (MILDECA).....	50
B. LA QUESTION DE LA RESPONSABILITÉ PÉNALE EN LIEN AVEC LA SCMR ⁰	53
C. LES MODALITÉS DE GESTION DE LA SCMR PAR L'ASSOCIATION GAÏA	55
II. BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA SCMR	57
A. L'ACTIVITÉ DE LA SALLE DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE .	57
B. LES DIFFICULTÉS DE MISE EN ŒUVRE SUR LE TERRAIN	61
a. Des effectifs trop peu nombreux.....	62
b. La nécessité de poursuivre le bilan.....	63
EXAMEN EN COMMISSION	65
PERSONNES AUDITIONNÉES	69

PRINCIPALES ANALYSES DE LA RAPPORTEURE SPÉCIALE

La mission *Santé* porte les crédits de la politique de santé de l'État. Elle se compose de deux programmes :

– le programme 183 *Protection maladie* qui finance quasi-exclusivement l'aide médicale de l'État (AME), c'est-à-dire l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière, qui représente un peu moins de deux tiers des crédits de la mission ;

– le programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins*, qui représente environ un tiers des crédits de la mission.

Le projet de loi de finances (PLF) pour 2018, premier de la législature, s'inscrit dans la tendance des PLF précédents : les crédits alloués à l'AME augmentent, tandis que les crédits destinés à la prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins sont soumis à une forte contrainte budgétaire.

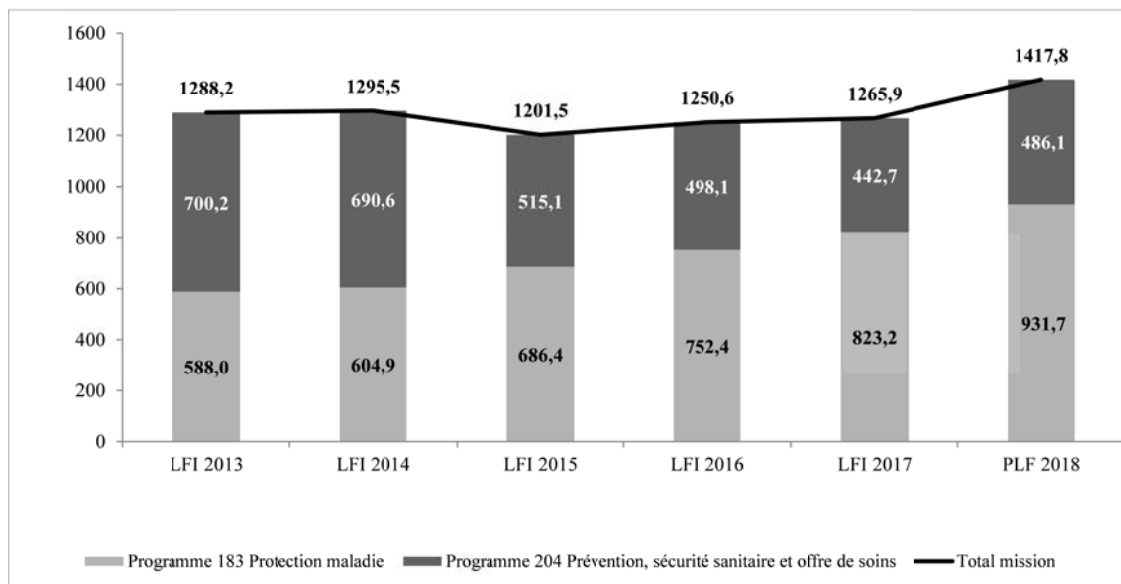
– Principaux constats relatifs aux politiques publiques

Pour 2018, les crédits demandés s'élèvent, en AE et en CP, à 882 millions d'euros, ce qui correspond à l'évolution tendancielle des effectifs moyens des bénéficiaires de l'AME, à hauteur de + 5,3 % par an observée jusqu'en 2016. La Rapporteuse spéciale s'interroge dès lors sur la pertinence de cette augmentation de 14 % des crédits qui apparaît en décalage avec les dernières évolutions constatées.

Les dernières données connues concernant l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun montrent, en effet, un infléchissement sur l'année 2016, particulièrement marqué sur le dernier trimestre. Cette tendance baissière semble devoir se confirmer en 2017, les services estimant comme probable un nombre de 306 000 bénéficiaires. Bien entendu cette tendance, qui est contre-intuitive au regard notamment de l'arrivée de nouveaux migrants sur le territoire, demande à être confirmée sur les prochains exercices.

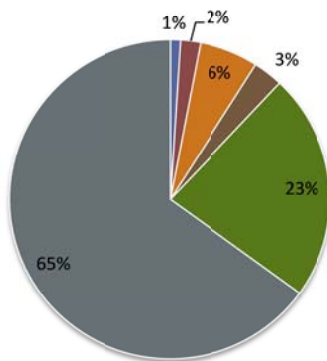
Sur la politique de prévention, la Rapporteuse spéciale s'interroge sur le bien-fondé d'une restriction des coûts ciblée sur des dispositifs préventifs qui permettraient, s'ils étaient mis en œuvre, de baisser les coûts des dispositifs médicaux. Même si la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 fait de la prévention le cœur de notre système de santé, la Rapporteuse spéciale constate que ce programme demeure à un niveau global assez faible et que le principal facteur d'augmentation correspond à l'indemnisation des victimes de la Dépakine.

DONNÉES CLÉS



Répartition de la dépense

- FIVA
- Offre de soins
- Agences sanitaires
- Prévention
- Frais de justice
- Aide médicale de l'État



PREMIÈRE PARTIE : LES CRÉDITS DE LA MISSION SANTÉ

La mission *Santé* porte les crédits de la politique de santé de l'État. Elle se compose de deux programmes :

– le programme 183 *Protection maladie* qui finance quasi exclusivement l'aide médicale de l'État (AME), c'est-à-dire l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière, qui représente un peu moins de deux tiers des crédits de la mission ;

– le programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins*, qui représente environ un tiers des crédits de la mission.

Le projet de loi de finances (PLF) pour 2018 propose une hausse des crédits du programme 183 au titre de ceux alloués à l'AME et une hausse en trompe-l'œil des crédits de la prévention.

Pour ce qui est du programme 183, la logique observée depuis 2013, à savoir chaque année une augmentation des crédits ouverts au titre de l'AME, semble pouvoir être inversée.

S'agissant du programme 204, le PLF 2018 reflète les changements intervenus au cours des années précédentes marquées par la promulgation de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et la création de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) ou Santé Publique France, issue de la fusion de l'Institut de veille sanitaire (InVS), de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), de l'Établissement de préparation aux urgences sanitaires (EPRUS) et du groupement d'intérêt public (GIP) ADALIS.

I. LE PROGRAMME 183 PROTECTION MALADIE

Ce programme est pour l'essentiel consacré aux dispositifs de l'aide médicale de l'État (AME) qui représente 99 % de ses crédits. Les débats autour de la montée en charge de ce dispositif et de sa sous-budgétisation sont récurrents, l'idée de l'intégrer à l'assurance maladie a été évoquée lors des débats de première lecture sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018⁽¹⁾ mais a finalement été repoussée tant les deux systèmes obéissent à des logiques différentes.

(1) Voir les débats sur l'amendement n° 137 rectifié lors de la troisième séance du vendredi 27 octobre 2017.

A. L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

L'aide médicale de l'État recouvre plusieurs dispositifs d'importance diverse.

1. L'aide médicale de l'État (AME) de droit commun

Prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, l'AME de droit commun est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000 pour assurer la protection de la santé des personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois mais ne remplissant pas la condition de régularité du séjour exigée pour l'admission à la protection universelle maladie (PUMA), et dont les ressources sont inférieures au plafond de ressources de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc).

Elle participe des politiques de santé avec un triple objectif : humanitaire, sanitaire et économique. Tout d'abord, elle protège les personnes concernées en leur permettant l'accès aux soins préventifs et curatifs. Ensuite, elle joue un rôle important en matière de santé publique, en évitant que des affections contagieuses non soignées ne s'étendent dans la population. Enfin, elle permet de maîtriser les dépenses publiques en évitant les surcoûts liés à des soins retardés et pratiqués dans l'urgence. En 2018, ce dispositif représente 95 % de la dépense totale d'AME et est financièrement à la charge de l'État.

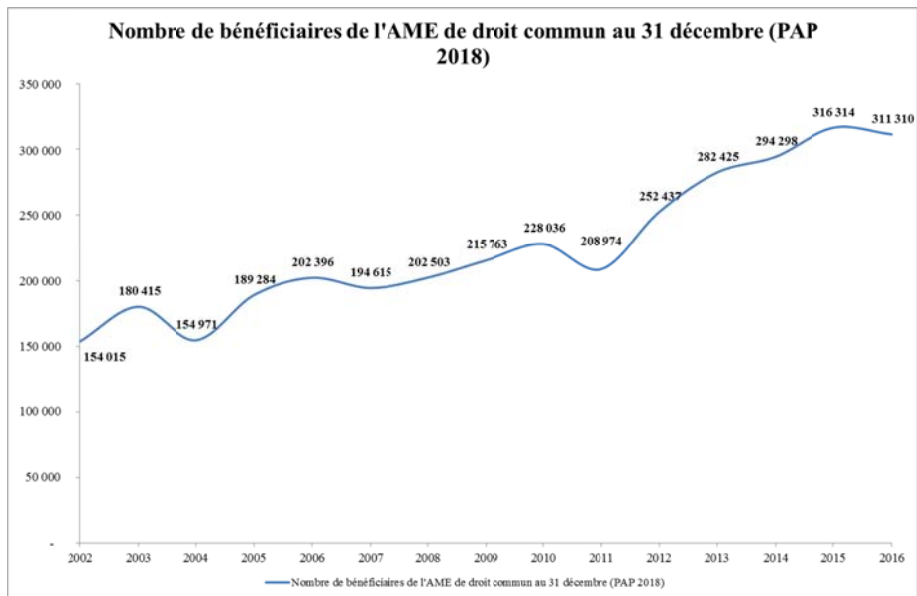
Les crédits de l'AME de droit commun votés en loi de finances initiale pour 2017 s'élevaient à 772 millions d'euros. Le taux de consommation de ces crédits au 15 octobre s'établit à environ 70 % et la direction de la sécurité sociale a indiqué à votre Rapporture spéciale qu'ils ne seraient sans doute pas consommés intégralement en année pleine. L'hypothèse d'une consommation à hauteur de 745 millions d'euros a été avancée.

Il semble donc que, contrairement aux exercices précédents, les crédits votés en loi de finances initiale n'aient pas besoin d'être abondés en loi de finances rectificative.

Pour 2018, les crédits demandés s'élèvent, en AE et en CP, à 882 millions d'euros, ce qui correspond à l'évolution tendancielle des effectifs moyens des bénéficiaires de l'AME, à hauteur de + 5,3 % par an, observée jusqu'en 2016. Votre Rapporture spéciale s'interroge dès lors sur la pertinence de cette augmentation de 14 % des crédits qui apparaît en décalage avec les dernières évolutions constatées.

Les dernières données connues concernant l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun montrent un infléchissement sur l'année 2016, particulièrement marqué sur le dernier trimestre. Cette tendance baissière semble devoir se confirmer en 2017, les services estimant comme probable un nombre de 306 000 bénéficiaires. Bien entendu cette tendance, qui est contre-intuitive au regard notamment de l'arrivée de nouveaux migrants sur le territoire, demande à être confirmée sur les prochains exercices.

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'USAGERS CONCERNÉS PAR L'AME (POUR LA FRANCE ENTIÈRE)



Source : commission des finances, d'après les documents budgétaires.

Interrogée par votre Rapporteuse spéciale, la direction de la sécurité sociale a indiqué ne pas avoir d'explication à ce phénomène tout en soulignant qu'il n'y a pas d'effet mécanique entre l'accueil de nouveaux migrants et demandeurs d'asile et le nombre de bénéficiaires de l'AME. Il convient de rappeler que les demandeurs d'asile et les réfugiés peuvent, contrairement aux autres étrangers, prétendre à l'ouverture de droits à la protection universelle maladie (PUMA) dès leur admission au séjour. L'intensification des flux migratoires s'explique en grande partie par des mouvements de population éligibles au statut de réfugié, et constitue donc un facteur externe au dispositif.

Bénéficiaires de l'AME de droit commun

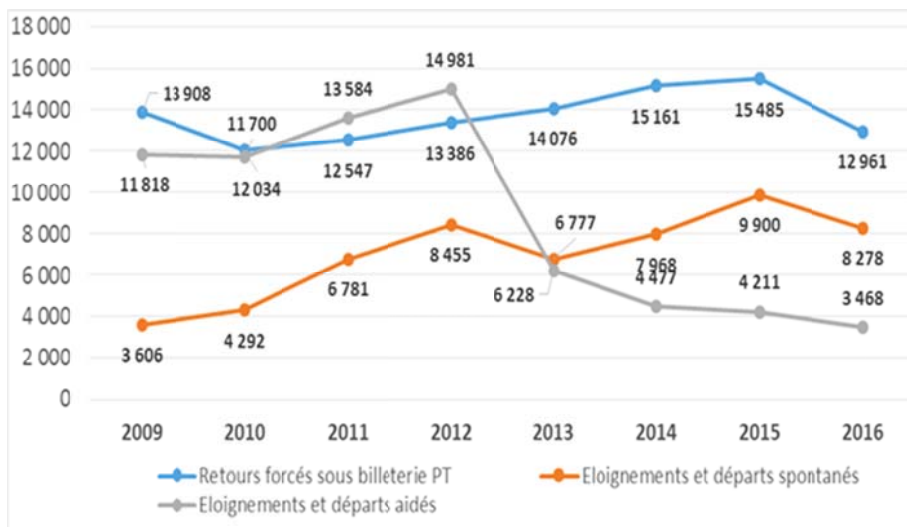
Les bénéficiaires de l'AME de droit commun sont au nombre de 311 310 au 31 décembre 2016, dont 23 041 en outre-mer. La population des bénéficiaires de l'AME est plutôt jeune : 20 % sont des mineurs et 38 % ont entre 18 et 35 ans. Les hommes représentent 56 % de l'effectif total.

En 2016, les prestations hospitalières ont représenté 65 % des dépenses d'AME de droit commun. Parmi les prestations de ville (35 %), les honoraires des médecins généralistes et spécialistes représentent 25 % des dépenses et les dépenses de médicaments 43 %.

Sur 106 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ou caisses générales de sécurité sociale (CGSS), dix seulement concentrent 64 % de la dépense : ainsi, la CPAM de Paris finance 22 % de la dépense d'AME totale, les caisses d'Île-de-France représentent 52 % de la dépense totale et celle de Cayenne 5 %.

Concernant l'évolution à la baisse de l'AME, elle n'est pas corrélée à une augmentation des procédures d'éloignement comme le montrent les éléments fournis par le ministère de l'intérieur.

Le nombre de mesures d'éloignement n'a pas enregistré une progression très significative. Le nombre total de mesures d'éloignement exécutées en 2017 est en progression de 5 % par rapport à la même période de 2016, en raison de l'augmentation des remises « Dublin »⁽¹⁾, des retours aidés et des retours forcés.



Source : DGEF – DCPAF.

La baisse du nombre de bénéficiaires de l'AME pourrait être liée à la conjonction de plusieurs phénomènes que sont une défiance croissante des migrants à se faire enregistrer et donc connaître par les services de l'État par crainte de l'application de la procédure Dublin, au fait que les migrants sont répartis sur l'ensemble du territoire ce qui retarde les prises en charge en raison de la moindre présence d'associations et de la nouveauté pour les hôpitaux et à la prise en charge directe par l'assurance maladie des migrants *via* l'agence régionale de santé d'Île-de-France.

2. La prise en charge des « soins urgents »

La seconde composante de l'AME concerne la prise en charge des « soins urgents », dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé. Ils sont assurés par les hôpitaux

(1) Règlement européen du Parlement et du Conseil n° 604-2013 du 26 juin 2013, dit « règlement Dublin III » consacré au règlement juridique du droit d'asile en vertu de la Convention de Genève (art. 51) dans l'Union européenne pour des étrangers qui formulent une demande d'asile dans un pays et sont interpellés dans un autre pays de l'Union européenne. Le texte institue le principe suivant : le pays responsable de la demande d'asile d'un migrant est le premier qui a enregistré ses empreintes dans le fichier Eurodac.

pour les patients étrangers qui résident en France en situation irrégulière sans pouvoir bénéficier de l'AME, faute de remplir la condition de durée de séjour. Ces soins sont réglés aux établissements de santé par l'assurance maladie et font l'objet d'une prise en charge forfaitaire par l'État.

Le montant de la dotation dédiée aux soins urgents, stable depuis 2008, est maintenu à 40 millions d'euros. Cette participation forfaitaire de l'État couvrait 52 % de la dépense de soins à la charge de la CNAMTS en 2016 (76,9 millions d'euros), contre 45 % en 2015 (88,9 millions d'euros). En effet la réforme de la tarification des séjours soins urgents a conduit à diminuer le montant relatif pris en charge par l'assurance maladie en 2016.

3. Trois autres dispositifs d'ampleur beaucoup plus limitée

L'AME dite « humanitaire » concerne les admissions pour soins hospitaliers ponctuels en France de personnes françaises ou étrangères qui ne résident pas en France. Ces admissions relèvent de décisions individuelles prises par le ministre chargé de la santé. L'AME « humanitaire » n'a pas le caractère d'un droit pour lesdites personnes. Ce dispositif de prise en charge représente chaque année moins d'une centaine d'admissions.

Il s'agit ensuite des **évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte** vers des hôpitaux de La Réunion et éventuellement vers la métropole.

Enfin, l'**aide médicale pour les personnes gardées à vue** ne finance que la prise en charge des médicaments si la personne gardée à vue n'a pas à sa disposition l'argent nécessaire à leur achat et les actes infirmiers prescrits⁽¹⁾. Les honoraires de médecins appelés dans le cadre des gardes à vue sont financés quant à eux par le budget du ministère de la justice.

Ces trois derniers dispositifs donnent lieu à des délégations de crédits aux services déconcentrés concernés (directions départementales chargées de la cohésion sociale) pour paiement des dépenses de soins directement aux professionnels et établissements de santé. Le montant des crédits prévus pour 2018 au titre de ce dernier poste de dépenses d'AME est de 1,68 million d'euros, montant correspondant au niveau d'exécution constaté en 2016.

4. Des mesures d'efficience et de contrôle

Des procédures de contrôle ont été mises en place sur 10 % des dossiers d'AME ce qui représente un taux de contrôle au moins deux fois plus important que pour les autres dispositifs de prise en charge de soins. Ces contrôles sont effectués *a priori* lors de l'ouverture des droits, se poursuivent en lien avec l'exigence de remise de la carte AME en main propre et sont complétés *a posteriori* par le contrôle aléatoire de 10 % des dossiers.

(1) Décret n° 2009-1026 relatif à la pris en charge par l'AME des frais pharmaceutiques et de soins infirmiers nécessaires aux personnes placées en garde à vue.

Afin de renforcer l'efficacité de la gestion de l'AME, les trois caisses d'assurance maladie les plus concernées par les dossiers d'AME, celles de Paris, Bobigny et Marseille, assureront à compter de 2018 l'instruction de l'ensemble des demandes d'AME en métropole. Cette mutualisation permettra, outre des économies de gestion et une professionnalisation accrue du traitement des dossiers, d'améliorer l'accès au dispositif par la réduction des délais d'instruction et l'harmonisation des procédures. En effet, la lourdeur administrative nécessaire par le contrôle exigé, génère des coûts de gestion importants.

Votre Rapporteur spécial souligne que ces différentes mesures vont dans le sens d'une meilleure maîtrise des demandes d'AME et expliquent sans doute aussi, pour partie, la baisse des dépenses constatée depuis le dernier trimestre 2016.

B. LE FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE

L'utilisation de l'amiante a été interdite à partir du 1^{er} janvier 1997 et le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), établissement public administratif a été créé par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Ce fonds est chargé d'assurer la réparation des préjudices subis par les victimes de l'amiante, à titre complémentaire pour les victimes reconnues atteintes d'une maladie professionnelle, et à titre principal pour les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture contre les risques accidents du travail et maladies professionnelles, notamment les personnes atteintes de pathologies causées par l'amiante du fait de leur exposition à un titre autre que professionnel (familial, domestique ou environnemental).

Les ressources du FIVA sont constituées pour l'essentiel d'une dotation de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), et subsidiairement d'une dotation de l'État, qui correspond à l'exercice d'une solidarité nationale à l'égard des victimes non professionnelles.

Compte tenu des prévisions actualisées de dépenses, la dotation de la branche AT-MP est passée de 430 millions d'euros en 2016 à 250 millions d'euros en 2017 puis 270 millions d'euros en 2018, tandis que la dotation de l'État est maintenue à hauteur de 8 millions d'euros.

Les autres recettes sont constituées des dommages-intérêts versés dans le cadre des actions engagées par le FIVA au titre de la faute inexcusable de l'employeur, de reprises sur provisions ainsi que de produits financiers.

II. LE PROGRAMME 204 PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS

La stratégie conduite en 2018 en termes de prévention, de sécurité sanitaire et d'offre de soins s'inscrit en cohérence avec la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016.

Cette refondation du système de santé est articulée autour de quatre priorités :

- renforcer la prévention et la promotion de la santé ;
- faciliter au quotidien le parcours de santé des Français ;
- innover pour garantir la pérennité de notre système de santé ;
- renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire.

Les axes principaux du programme 204 sont de piloter et coordonner le réseau des opérateurs pour une meilleure efficacité de la prévention et de la sécurité sanitaire, de promouvoir la recherche et les connaissances scientifiques pour une meilleure politique de santé publique et d'améliorer la gestion des crises sanitaires et des situations d'urgence.

En 2018, dans une logique de décroisement des financements État - assurance maladie, l'Agence de biomédecine (ABM) et l'École des hautes études en santé publique (EHESP) ne sont plus financées par le programme 204. Ces financements sont assurés par l'assurance maladie. Ces transferts entraînent une baisse de 23 millions d'euros ; il n'y a désormais plus que quatre opérateurs qui participent pour tout ou partie du programme (ANSéS, ANSM, ANSP et INCa).

A. UNE AUGMENTATION GLOBALE DES CRÉDITS QUI MASQUE DE NOUVELLES BAISSSES DE DOTATION

Même si la LMSS fait de la prévention le cœur de notre système de santé, comme le rappelle le directeur général de la santé dans la présentation du projet annuel de performances, force est de constater que ce programme demeure à un niveau global assez faible et que le principal facteur d'augmentation du programme correspond à l'indemnisation des victimes de la Dépakine.

1. Une inflexion à la hausse

Les crédits alloués au programme 204 sont en augmentation pour la première fois depuis quatre ans.

Comme l'illustre le tableau ci-après, **les crédits du programme 204 augmentent de 9,8 % en AE et de 9,5 % en CP**, reflétant à la fois des mesures de périmètre concernant l'Agence de biomédecine (ABM) et l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et un effort budgétaire important pour plusieurs opérateurs.

ÉVOLUTION ANNUELLE DES CRÉDITS DU PROGRAMME 204

(en millions d'euros)

Actions	AE			CP		
	LFI 2017	PLF 2018	Évolution	LFI 2017	PLF 2018	Évolution
11. Pilotage de la politique de santé publique	196,3	251,7	+ 28 %	196,3	251,7	+ 28 %
12. Santé des populations	1,8	0,94	- 47,7 %	1,8	0,94	- 47,7 %
14. Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	56,6	52,7	- 6,8 %	56,6	52,7	- 6,8 %
15. Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	19,4	18,3	- 5,6 %	19,4	18,3	- 5,6 %
16. Veille et sécurité sanitaire	1,3	1,1	- 15,3 %	1,3	1,1	- 15,3 %
17. Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	130,3	121,7	- 6,6 %	130,3	121,7	- 6,6 %
18. Projets régionaux de santé	0,03	-	- 100,0 %	0,03	-	- 100,0 %
19. Modernisation de l'offre de soins	35,3	38,1	+ 7,9 %	36,6	38,1	+ 7,9 %
Total	441,4	484,8	+ 9,8 %	442,7	484,8	+ 9,5 %

Source : commission des finances, d'après les documents budgétaires.

2. L'effort important des opérateurs de la mission

a. Des évolutions budgétaires contrastées

Les subventions pour charges de service public (SCSP) allouées aux opérateurs diminueront, dans le PLF pour 2017, pour l'ANSÉS et l'INCa, mais augmenteront pour l'ANSP et l'ANSM.

ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC

(en millions d'euros)

Opérateur	LFI 2017	PLF 2018	Évolution à périmètre courant
ABM (Agence de la biomédecine) transférée à l'assurance maladie	13,8	-	S/O
ANSÉS (Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail)	14,3	14,1	- 1,3 %
ANSP (Agence nationale de santé publique)	150,5	151,3	+ 0,5 %
ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé)	112,7	118,1	+ 4,7 %
EHESP (École des hautes études en santé publique) transférée à l'assurance maladie	9,2	-	S/O
INCa (Institut national du cancer)	44,5	42,3	- 4,9 %
Total	344,9	325,8	+ 0,9 %

Source : documents budgétaires.

À périmètre courant, les subventions aux opérateurs demeurant sur le programme 204 connaissent une augmentation globale de 3,8 millions d'euros soit 0,9 %.

Cette hausse globale masque des situations contrastées.

- **L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)**

L'ANSM est un établissement public de l'État placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, qui s'est substitué à compter de 2012 à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) afin de répondre aux enjeux étudiés dans le cadre des assises du médicament de 2011 suite à la crise du Médiator®.

Aux missions déjà importantes et diversifiées reprises de l'AFSSAPS se sont ajoutées de nouvelles responsabilités définies d'une part par la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé et d'autre part par la transposition de nouvelles directives relatives à la pharmacovigilance et à la contrefaçon des médicaments.

L'agence s'est engagée depuis sa création dans un processus d'optimisation des ressources visant à renforcer le pilotage des activités, à optimiser et à simplifier les processus mais aussi dans la démarche de performance immobilière ce qui a permis de rationaliser l'occupation de ses bâtiments, de libérer 2 533 m² de locaux loués et de réduire ses dépenses de loyers et charges de 1,3 million d'euros.

La présentation successive de budgets déficitaires a réduit la trésorerie de l'ANSM à 23,8 millions d'euros au 31 décembre 2016 de telle sorte qu'une stratégie budgétaire pérenne devra nécessairement cibler l'équilibre budgétaire. **Le montant de la SCSP prévu pour 2018 tient compte de cet impératif d'équilibre et conforte l'agence dans la réalisation de ses missions** avec une augmentation de 4,7 % de ses crédits en AE et en CP.

- **L'Agence nationale de santé publique (ANSP)**

L'Agence nationale de santé publique (ANSP), également dénommée « Santé Publique France », a été créée par l'ordonnance du 14 avril 2016 entrée en vigueur au 1^{er} mai 2016. Elle reprend l'ensemble des missions, compétences et pouvoirs exercés par l'InVS, l'INPES et l'EPRUS, ainsi que leurs biens, personnels, droits et obligations. L'ANSP reprend également les missions du GIP ADALIS qui assurait, en partenariat avec l'INPES, le service public d'aide à distance pour les questions relevant des addictions à l'exception du tabac.

Sur le plan de la gouvernance, la loi de ratification de l'ordonnance précitée a permis l'intégration prochaine de quatre parlementaires (deux députés, deux sénateurs) au conseil d'administration qui comporte actuellement vingt-huit membres.

En matière de prévention et de promotion de la santé, les activités essentielles menées en 2017 seront poursuivies ou adaptées, en mettant notamment l'accent sur :

- les déterminants de santé dans les domaines du tabac, de l'alcool, des autres addictions et de l'environnement ;
- la promotion de la santé sexuelle, de l'activité physique, de la lutte contre la sédentarité, de la vaccination et de la santé mentale ;
- les populations spécifiques, plus particulièrement les enfants et les jeunes, les femmes enceintes et les populations des territoires ultramarins ;
- l'évaluation de l'activité de dépistage organisé des cancers.

Après une hausse très marquée en 2016 correspondant au nouveau périmètre de l'Agence, la subvention pour charges de service public enregistre une légère augmentation de 0,8 million d'euros en 2018. Par ailleurs, l'agence reçoit également de l'État une subvention de 0,97 million d'euros du programme 111 *Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail* dans le cadre d'une convention pluriannuelle qui s'inscrit dans le cadre du troisième plan santé au travail 2016-2020.

L'attention de la Rapporteuse spéciale a été appelée sur la montée en puissance des dépenses au titre de la **réserve sanitaire** gérée par l'équipe de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS). Le rôle que remplit la réserve sanitaire est absolument nécessaire et très efficace, cela a été démontré encore récemment en réponse à la situation créée par l'ouragan Irma à Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Elle a aussi un **coût important au titre des crédits d'intervention qui viennent fragiliser les crédits destinés à la prévention**. À titre d'illustration, l'envoi de 350 réservistes suite à l'ouragan représente un coût budgétaire proche de 4 millions d'euros.

- **L'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSÉS)**

L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail a été créée le 1^{er} juillet 2010 sous forme d'un établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle des ministères chargés de la santé, de l'agriculture, de l'environnement, du travail et de la consommation. Elle résulte de la fusion de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) et de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset). Le laboratoire national de protection des végétaux, devenu laboratoire de la santé des végétaux (LSV), a également été intégré à l'Anses depuis le 1^{er} janvier 2011.

L'Anses reçoit des crédits du programme 111 *Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail*, du programme 181 *Prévention des risques*, du programme 190 *Recherche dans les domaines de l'énergie, du développement et de l'aménagement durables*, du programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* et du programme 206 *Sécurité et qualité sanitaires de l'alimentation*, le ministère de l'agriculture étant le principal financeur de l'agence.

Pour 2018, la subvention pour charges de service public prévue au titre de l'action 4 du programme 206 pour contribuer au fonctionnement de l'Agence est de 62,3 millions d'euros, en hausse de 2,2 millions d'euros par rapport à la LFI 2017. Pour ce qui concerne le présent programme, il est également prévu une SCSP à hauteur de 14,16 millions d'euros en très légère diminution de 0,2 million d'euros.

- **L'Institut national du cancer (INCa)**

L'INCa est constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) sans limitation de durée entre l'État et les principaux acteurs de la lutte contre le cancer, notamment la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), le Centre national de la recherche scientifique (CNRS), les fédérations hospitalières et les associations de patients.

Les recettes du budget de l'INCa sont principalement constituées des subventions des ministères chargés de la santé et de la recherche, ainsi que des contributions des autres membres du GIP et de ressources complémentaires issues de partenariats avec des organismes publics et privés.

Comme l'indique le projet annuel de performances, l'INCa poursuivra en 2018 ses efforts de maîtrise de ses dépenses, en rationalisant ses dépenses annuelles comme ses engagements pluriannuels. En particulier, l'INCa explorera en 2018 les possibilités de mutualisation de fonctions support avec d'autres agences sanitaires. **La subvention pour charges de service public prévue pour 2018 est donc fixée à 42,3 millions d'euros, en baisse de 2 millions d'euros par rapport à 2017.**

En sus de la subvention pour charges de service public, l'INCa perçoit de l'Agence nationale de recherche (ANR) une subvention de 38 millions d'euros au titre du programme 172 *Recherches scientifiques et technologiques pluridisciplinaires*.

*

* *

Ces évolutions contrastées traduisent la part prise par les opérateurs dans l'effort de redressement des finances publiques. Votre Rapporteuse spéciale sera attentive à ce que la régulation budgétaire et la montée en puissance de dépenses exceptionnelles, qui le sont malheureusement de moins en moins, ne viennent diminuer l'effort nécessaire en faveur des actions de prévention en matière de santé publique.

Le pilotage stratégique des agences nationales s'exerce désormais via une instance dédiée, le comité d'animation du système d'agences (CASA), dans l'optique de mieux coordonner les stratégies communes de déploiement des politiques de prévention et de sécurité sanitaires en lien avec l'ensemble des acteurs concernés et de veiller à la cohérence des actions mises en œuvre dans ces domaines. Il s'agit d'un rôle fondamental pour renforcer la mutualisation des fonctions support et rationaliser la fonction achat mais aussi pour veiller à la bonne adéquation des moyens aux importantes missions de service public qu'exercent ces agences.

b. Une évolution des effectifs sous contrainte

La contrainte budgétaire se traduit également par une diminution des effectifs des opérateurs. Pour 2018, la baisse proposée du nombre des emplois ETPT sous plafond est significative pour l'ensemble des opérateurs de la mission.

Cette baisse s'établit à **39 ETPT**, ce qui correspond à une **diminution de 2,2 % des emplois sous plafond par rapport à la LFI 2017**

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS SOUS PLAFOND DES OPÉRATEURS DU PROGRAMME

(en ETPT)

	LFI 2017	PLF 2018	Évolution
ANSM	955	935	- 20
INCa	145	141	- 4
ANSP	597	582	- 15
Total opérateurs	1 697	1 658	- 39

Source : documents budgétaires.

La répartition de l'effort sur les emplois des opérateurs du programme a pris en compte une diminution globale de 2,5 % des effectifs pour 2018.

Il est à noter que, compte tenu de cet impératif et de la volonté du responsable du programme de doter l'agence de moyens humains suffisants, le plafond d'emplois de l'ANSM a été fixé à 935 ETP en 2018, soit une diminution de 2 %. L'effort a en effet été minoré afin de tenir compte de l'attribution de 3 ETPT au titre des activités européennes.

B. DES CRÉDITS EN DIMINUTION POUR UNE GRANDE MAJORITÉ DES ACTIONS DU PROGRAMME 204

1. Pilotage de la politique de santé publique (action 11) : les actions de structuration sont éclipées par un dispositif d'indemnisation

L'action 11 vise à rationaliser et à mieux piloter les actions de santé publique. Ses crédits s'élèveront à 251,7 millions d'euros en AE/CP en 2018. Ils représentent 51,9 % des crédits du programme en AE/CP, contre 43,3 % dans le PLF 2017. Le PLF 2018 propose qu'ils soient augmentés de 34 % par rapport à la LFI 2017. Cette croissance ne reflète pas une attention accrue apportée aux actions de partenariat, de veille ou d'étude et de recherches, mais la croissance exponentielle de la ligne budgétaire consacrée aux actions juridiques et contentieuses.

En effet, à côté de la subvention pour charges de service public de l'ANSP qui s'élève à 151,3 millions d'euros, c'est la dotation prévue à hauteur de 77,7 millions d'euros pour le financement du dispositif d'indemnisation des victimes du valproate de sodium et ses dérivés (Dépakine), géré par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), qui explique la croissance des crédits de cette action. Ce niveau très important de dotation a été défini compte tenu du nombre potentiel de dossiers, de la ventilation des dommages par pathologies et par gravité et des frais de fonctionnement du dispositif.

La Rapporteuse spéciale souligne l'effort réalisé pour l'indemnisation de ces personnes mais relève que cette augmentation des crédits n'est pas significative de l'objet de cette action. Par ailleurs, les incertitudes sur le montant des indemnisations à venir demeurent au regard du caractère récent des procédures.

2. Santé des populations (action 12) : une action de plus en plus réduite

Dans le PLF pour 2016, plus de 95 % des crédits de l'ancienne action 12 *Accès à la santé et éducation à la santé* correspondaient à la subvention pour charges de service public à destination de l'INPES (23,8 millions d'euros). Après le transfert de ces crédits à l'action 11, l'action 12, renommée *Santé des populations*, ne porte plus que des crédits de transferts à destination d'autres collectivités et de soutien aux associations. **Le PLF pour 2018 propose qu'ils s'élèvent à 0,94 million d'euros en baisse de 14 % par rapport à 2017, ce qui ne représente que 0,2 % des crédits du programme.**

L'action 12 participe en particulier à la promotion de la santé des populations en difficulté. Les crédits qui y sont destinés sont stables, à 0,52 million d'euros. Ils financent notamment le programme national de médiation sanitaire en direction des populations roms et gens du voyage et des actions portées par la direction générale de la santé (DGS) en direction des migrants et des personnes en situation d'exclusion.

Elle contribue également au financement des dépenses en faveur de la santé de la mère et de l'enfant, à hauteur de 0,28 million d'euros en 2018, en diminution de 30 % par rapport à 2017.

Bénéficient également des crédits de l'action (à hauteur de 0,11 million d'euros) les associations nationales œuvrant à l'information du public et des professionnels pour favoriser le repérage des situations de violence, améliorer la prise en charge et le suivi des cas et organiser la prévention. Des financements de l'action s'inscrivent dans le cadre du programme d'actions gouvernemental contre les violences et les discriminations commises en raison de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre et du cinquième plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2017-2019).

3. Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades (action 14) : une baisse sensible des crédits

Le Gouvernement propose une dotation indicative de 52,7 millions d'euros en AE et en CP en faveur de l'action 14, soit une diminution de 5,7 % par rapport aux crédits ouverts en LFI 2016.

L'action finance six chantiers prioritaires qui s'inscrivent notamment dans le cadre de la stratégie nationale de santé et de la stratégie nationale de recherche.

Le premier d'entre eux concerne les maladies neurodégénératives et les maladies liées au vieillissement. 0,13 million d'euros y sont consacrés, contre 0,27 million d'euros en LFI 2017. Ces crédits sont notamment destinés à soutenir les associations de personnes atteintes de maladies neurodégénératives et de professionnels pour la contribution aux actions du plan destinées à améliorer le repérage et la prise en charge des personnes concernées dont le développement de l'éducation thérapeutique, ainsi que l'accompagnement de leurs proches.

L'action contribue également au financement de la lutte contre le cancer, au travers d'actions de dépistage et de maintien à domicile. Il faut également noter que l'action 14 porte les crédits de la subvention pour charges de service public de l'INCa. Elle s'élève à 42,3 millions d'euros en 2018, en baisse de 4,9 % par rapport aux crédits ouverts en LFI 2017.

1,75 million d'euros seraient consacrés à la prévention des addictions, participant ainsi à la réalisation du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, du troisième plan cancer et du plan national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019. Ces crédits subventionneront en partie des associations œuvrant à la fois dans le champ de la recherche, de la prévention et de la prise en charge, ainsi que la réduction des risques et la prévention des usages nocifs de l'alcool, principalement auprès des jeunes.

L'action soutiendra aussi des acteurs associatifs du domaine de la prévention dans le champ de la santé mentale, à hauteur de 1,25 million d'euros.

Enfin, 4,5 millions d'euros seront consacrés à la lutte contre les infections par le VIH, les infections sexuellement transmissibles, les hépatites et la tuberculose. Plus précisément, ces crédits seront consacrés aux actions d'envergure nationale d'information, de prévention et de dépistage ainsi qu'au soutien des associations « têtes de réseau ».

4. Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation (action 15) : une part très faible et des crédits orientés à la baisse

Cette action qui ne représente que 3,8 % du programme est constituée à 77 % par une subvention pour charges de service public à destination de l'ANSÉS (14,16 millions d'euros). L'Agence a pour mission principale de réaliser et de fournir aux autorités compétentes une expertise scientifique indépendante et pluridisciplinaire, ainsi que l'appui scientifique et technique, nécessaires à l'élaboration des politiques de protection de la santé, liées à des expositions environnementales, professionnelles ou alimentaires, et à la mise en œuvre des mesures de gestion des risques dans ses domaines de compétence.

Au total, le Gouvernement propose d'allouer 18,3 millions d'euros à cette action, en diminution de 6 %.

Les crédits prévus viennent en appui du programme national nutrition santé (PNNS) 4 et servent à mener diverses actions sur la thématique nutrition (formation information, innovation, recherche) à hauteur de 0,66 million d'euros.

3,22 millions d'euros seront consacrés au domaine de l'environnement et de la santé. Dans le domaine de l'alimentation, les actions du troisième plan chlordécone (2014-2020), compte tenu de l'importance du vecteur alimentaire dans l'exposition de la population des Antilles à ce polluant persistant de l'environnement, seront prolongées pour veiller à la réduction de l'exposition de la population à ce toxique et renforcer la surveillance de ses effets sur la santé.

La prévention des allergies inscrites dans le plan national santé environnement (PNSE) 3 se concrétisera notamment par le financement de l'observatoire de l'ambrosie qui est chargé de soutenir, coordonner et renforcer les actions de surveillance, de prévention et de lutte contre cette plante envahissante et allergisante et le financement du Réseau national de surveillance aérobiologique (RNSA) qui délivre des messages d'alerte permettant aux patients allergiques de prévenir certaines expositions et d'ajuster leur traitement.

5. Veille et sécurité sanitaire (action 16) : une action au périmètre resserré

Le périmètre de l'ancienne action 6 *Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires* a été modifié du fait du transfert de la subvention pour charges de service public de l'EPRUS. Seuls demeurent les crédits destinés, d'une part, à l'organisation de la veille et des vigilances sanitaires et, d'autre part, à la prévention des risques infectieux

émergents et à la préparation des risques sanitaires. Les crédits de l'action sont donc passés de 11,3 millions d'euros en LFI 2016 à 1,4 million d'euros en LFI pour 2017. Les crédits prévus pour 2018 s'élèvent à 1,14 million d'euros soit une diminution de 18,5 %.

S'agissant de l'organisation de la veille et des vigilances sanitaires, l'action financera en particulier la création d'un portail de signalement des événements indésirables et la réforme des vigilances sanitaires et des dispositifs d'appui aux agences régionales de santé (ARS).

La sous-action *Prévention des risques infectieux émergents et préparation des crises sanitaires* comporte l'élaboration et la mise en application des actions de prévention, de réduction et de gestion des risques infectieux et infections présentant des résistances aux antibiotiques. La lutte anti-vectorielle (LAV-paludisme, dengue, chikungunya, virus du Nil occidental, Zika, fièvre de la vallée du Rift, etc.) est un enjeu majeur, notamment dans un contexte de réchauffement climatique, comme en témoignent les inquiétudes ressenties autour du virus Zika et de la maladie de Lyme. Quatre types d'actions sont principalement mis en œuvre : évaluer les risques de dissémination, renforcer la lutte contre les moustiques, vecteurs potentiels de maladies, informer et mobiliser la population et les professionnels de santé et développer la recherche et les connaissances.

À ce titre 664 000 euros en AE et en CP serviront à financer la surveillance des moustiques vecteurs de maladies infectieuses assurée par les organismes publics de démoustication qui exercent cette surveillance pour le compte de l'État.

6. Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins (action 17) : l'effort budgétaire se réduit

L'action 17 représente 25,1 % des crédits du programme 204. Elle rassemble les crédits dédiés aux politiques publiques visant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, des pratiques professionnelles, des recherches impliquant la personne humaine.

Après une diminution de 2,9 % entre la LFI 2015 et le PAP 2016 et de 0,9 %, entre la LFI 2016 et le PAP 2017, le présent projet présente une nouvelle diminution des crédits à hauteur de 6,6 %. Ils s'élèvent donc à 121,7 millions d'euros contre 130,3 en 2017, en raison notamment du transfert de l'Agence de la biomédecine vers l'assurance maladie (14,45 millions d'euros de SCSP et 238,5 ETPT).

Au sein des 121,7 millions d'euros de l'action, 118,2 millions d'euros correspondent aux subventions à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Cette dotation est en augmentation de 4,7 % par rapport à 2017, après plusieurs années de baisse.

3,3 millions d'euros seront alloués aux comités de protection des personnes (CPP), dont la mission est de veiller à la protection des personnes participant aux recherches impliquant la personne humaine en s'assurant du bien-fondé d'un projet de recherche d'un point de vue scientifique et éthique. Le montant de ces crédits prend en compte l'élargissement du champ des recherches impliquant la personne humaine résultant de l'entrée en vigueur de la réforme de ces recherches fin 2016.

7. Modernisation de l'offre de soins (action 19) : la situation de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna

L'action 19 finance notamment l'agence de santé du territoire des îles de Wallis et Futuna et le groupement d'intérêt public « agence pour le développement des systèmes d'information de santé partagés » (GIP ASIP Santé) ; elle participe ainsi à la réalisation de ces divers objectifs, lesquels sont essentiellement portés par des crédits inscrits dans la loi de financement de la sécurité sociale.

L'essentiel des crédits de l'action (86,0 % en AE et 90 % en CP) est consacré au financement de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna. Cette agence présente la spécificité de ne bénéficier d'aucune ressource propre et de disposer d'un financement intégralement pris en charge par l'État, aussi bien pour son fonctionnement que pour son investissement.

La dotation de l'État s'élèverait pour 2017 à 33 millions d'euros en AE et 34,3 millions d'euros en CP, soit 2,5 millions d'euros de plus en AE et en CP que les crédits proposés dans le PAP 2017. Ce niveau de subvention doit permettre à l'agence de couvrir ses dépenses de fonctionnement pour assurer pleinement ses missions d'offre et d'organisation des soins sur ce territoire.

Le manque d'équipements du système hospitalier de cette collectivité d'outre-mer a entraîné une multiplication des évacuations sanitaires vers les établissements hospitaliers de Nouvelle-Calédonie. De ce fait, l'agence de santé a contracté au cours des dix dernières années une dette croissante auprès du centre hospitalier Gaston Bourret de Nouméa qui se trouve dans une situation financière critique, et de la caisse d'assurance maladie de Nouvelle-Calédonie.

La différence de 1,3 million d'euros entre les AE et les CP correspond à la troisième annuité de remboursement du prêt consenti par l'Agence française de développement (AFD) fin 2015 pour apurer cette dette d'un montant de 21,5 millions d'euros. Le remboursement de ce prêt AFD est pris en charge sur les crédits du programme 204 et s'étale sur une durée de 20 ans à hauteur de 1,3 million d'euros par an.

DEUXIÈME PARTIE : FOCUS CHOISIS PAR LA RAPPORTEURE SPÉCIALE

La Rapporteuse spéciale a fait le choix de se concentrer sur trois focus différents, en lien avec les thématiques de la mission *Santé* (prévention et AME) mais sans pour autant que l'ensemble des dispositifs étudiés soient directement financés *via* les crédits de la mission. Afin de mieux appréhender les problématiques abordées, la Rapporteuse spéciale a souhaité compléter son cycle d'auditions par deux visites sur le terrain : la première a été consacrée à la visite de la salle de consommation à moindre risque ouverte à Paris depuis octobre 2016, et la seconde à l'hôpital Avicenne à Bobigny (AP-HP) afin d'aborder avec l'ensemble des professionnels de santé la gestion hospitalière de la précarité, ainsi que la prise en charge globale de l'obésité.

Un premier focus est consacré à des problématiques en lien avec l'aide médicale de l'État, et notamment la gestion par les hôpitaux de la patientèle précaire. Il est constitué de deux volets : la procédure d'ouverture de droit à l'AME, et la compensation des impacts financiers pour les hôpitaux les plus exposés à la patientèle précaire.

Les deux autres focus sont consacrés aux politiques de prévention :

- d'une part, un focus sur la politique et le financement de la prévention contre l'obésité ;
- d'autre part, un premier bilan à un an de l'expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque à Paris.

FOCUS N° 1 : LA GESTION HOSPITALIÈRE DE LA PATIENTÈLE PRÉCAIRE, UNE MISSION MAL ENCADRÉE ET MAL COMPENSÉE

I. LA NÉCESSITÉ D'UNIFORMISER LES PROCESS EN MATIÈRE D'OUVERTURE DES DROITS À L'AME

A. LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DE L'AME DE DROIT COMMUN

Pour bénéficier de l'AME, trois conditions cumulatives doivent être réunies par le demandeur :

- être en situation irrégulière (ce qui exclut *de facto* les étrangers sous visa) ;
- résider en France ou dans un département d'outre-mer depuis plus de trois mois de façon ininterrompue ;

– en fonction de la composition de la famille, le demandeur doit respecter des plafonds de ressources. Ils varient selon le lieu de résidence (France ou DOM) et sont identiques aux plafonds de ressources de la CMU (8 723 euros pour une personne seule, 13 083 euros pour deux personnes en France métropolitaine, avec une majoration de 11,3 % en outre-mer).

Pour constituer une demande d'ouverture de droit au titre de l'AME, des pièces justificatives sont requises afin de s'assurer du respect des conditions. La décision d'attribution de l'AME relève toujours de la CPAM qui agit par délégation du préfet. La réponse intervient au plus tard deux mois après le dépôt de la demande, l'absence de réponse valant refus.

Le tableau suivant récapitule les pièces justificatives pouvant être fournies (**article 4 du décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'État**) :

PIÈCES JUSTIFICATIVES À L'APPUI D'UNE DEMANDE D'AME

Votre identité	Pièces justificatives
Votre identité et celles des personnes à votre charge qui vivent en France	Une photocopie lisible de la carte d'identité ou votre passeport ou la copie d'un titre de séjour antérieurement détenu, ou un extrait d'acte de naissance ou livret de famille traduit soit par un traducteur assermenté auprès des tribunaux français, soit par le consul, en France, du pays dans lequel le document a été établi ou tout autre document de nature à attester l'identité du demandeur et celle des personnes à charge
Votre identité et celles des personnes à votre charge âgées de 16 ans et plus	Une photo d'identité récente de format 3,5 cm x 4,5 cm pour le demandeur et chacune des personnes à charge de 16 ans et plus
Votre résidence	L'original ou une photocopie lisible de l'un des documents suivants : – passeport indiquant la date d'entrée en France, – copie du contrat de location ou quittance de loyer datant de plus de trois mois, – facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone datant de plus de trois mois, – avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu, à la taxe foncière ou d'habitation, – facture d'hôtellerie datant de plus de trois mois, – quittance de loyer ou facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone, datant de plus de trois mois, établie au nom de l'hébergeant lorsque le demandeur est hébergé par une personne physique attestation d'hébergement établie par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale datant de plus de trois mois, – attestation de domiciliation établie par un organisme agréé (Centre Communal d'Action Sociale ou association agréée), datant de plus de trois mois, si vous n'avez pas de domicile, – tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie.
Vos ressources	L'original ou une photocopie lisible des documents relatifs aux ressources, imposables ou non imposables, perçues en France et à l'étranger au cours des douze mois précédant la demande, pour les demandeurs et les personnes à charge.

Source : site cmu.fr à partir de l'article 4 du décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'État.

Le fait de ne pas avoir prévu une liste limitative de pièces en ajoutant, concernant la condition de résidence et l'identité du demandeur, « *ou tout autre document de nature à attester l'identité du demandeur et celle des personnes à charge* », est de nature à créer une rupture d'égalité en fonction des pratiques des services instructeurs.

B. LE MANQUE D'UNIFORMITÉ DANS LES PROCÉDURES VISANT À VÉRIFIER LA CONDITIONNALITÉ

Ce constat avait d'ores et déjà été mis en avant par le précédent rapporteur spécial dans le cadre de son rapport sur le projet de loi de finances pour 2017 : « *Les pratiques de demandes de pièces justificatives différaient selon les CPAM. C'est la raison pour laquelle des travaux d'harmonisation des pratiques ont été engagés. Une étude de la possibilité de mutualiser la gestion des dossiers AME serait en cours.* »

Lors du déplacement de la Rapporteuse spéciale à l'hôpital Avicenne, il a pu être constaté qu'aucune démarche d'harmonisation n'avait été mise en œuvre.

II. DES MODALITÉS DE COMPENSATION POUR LES HÔPITAUX DES SURCOÛTS ENGENDRÉS PAR LA PATIENTÈLE PRÉCAIRE À REVOIR

1. Le coût de la patientèle précaire pèse en premier lieu sur les hôpitaux

a. Les prestations hospitalières demeurent prépondérantes dans les dépenses d'AME

L'augmentation de la dépense d'AME a concerné en 2014 et en 2015 les prestations de ville (+ 22 millions d'euros) et, en particulier, les médicaments et dispositifs médicaux à usage individuel (+ 10 millions d'euros). Les prestations hospitalières demeurent toutefois prépondérantes dans les dépenses d'AME (65,4 %).

La patientèle précaire tend à se reporter davantage sur les établissements hospitaliers que sur les soins de ville car ces derniers permettent une dispense d'avance de frais.

RÉPARTITION DE LA DÉPENSE D'AME DE DROIT COMMUN EN 2016

(en millions d'euros)

Prestations de ville	Honoraires généralistes et spécialistes	68,15
	Honoraires dentaires	14,12
	Honoraires des auxiliaires médicaux	16,85
	Médicaments et dispositifs médicaux à usage individuel	116,75
	Frais d'analyse de biologie médicale et d'exams de laboratoire	20,60
	Frais de transport	13,16
	Autres frais	20,83
Total Prestations de ville		270,46
Prestations hospitalières	Cliniques privées	43,84
	Etablissements médico-sociaux	2,63
	Etablissements publics dont :	464,49
	- autres frais d'hospitalisation	433,91
	- Honoraires du secteur public	29,10
	- forfaits journaliers	1,48
IVG (cliniques+établissements publics)	1,30	
Total Prestations hospitalières		512,27
Total		782,73

La patientèle précaire n'est pas exclusivement composée des patients bénéficiaires de l'AME. Il faut y ajouter les patients CMU, et plus largement les patients en situation de précarité sans couverture sociale, ne relevant ni de l'AME, ni de la CMU. Il s'agit notamment des patients sous visa, pour lesquels l'hôpital ne sera pas en mesure de recouvrer sa créance pour les soins dispensés.

La prééminence d'une patientèle précaire se traduit donc par une double fragilisation de la situation financière des hôpitaux :

– **des restes à recouvrer substantiels**, dès lors que les conditions ne sont pas réunies pour l'ouverture des droits. Deux difficultés sont à distinguer :

- Tout d'abord, comme vu précédemment, l'ouverture des droits AME peut se heurter à des difficultés de procédure et des refus, amenant en cas d'échec à facturer les soins au patient, qui ne sera *in fine* pas en mesure de s'en acquitter ;
- La seconde occurrence est celle de la patientèle précaire se présentant sous visa, et ne pouvant de ce fait prétendre à une couverture sociale comme l'AME. Dans cette situation, le patient se voit facturer les soins payables à l'avance, mais la probabilité de non-paiement est très élevée.

– **des surcoûts en gestion pour les hôpitaux**. Les hôpitaux particulièrement exposés à une patientèle précaire se trouvent contraints de surdimensionner leur service social. Ce constat, d'ores et déjà effectué au centre hospitalier de Saint-Denis, se retrouve également à l'hôpital Avicenne de Bobigny. Au sein de l'hôpital Jean Verdier, l'un des trois établissements du groupement, a été mis en place un service de préadmission permettant d'orienter les démarches d'ouverture des droits.

Il est à noter que l'afflux de migrants lié à la situation géopolitique actuelle n'a pas eu de répercussion directe sur l'activité du groupement. En effet, l'accueil des réfugiés a été canalisé par les ARS *via* des dispositifs particuliers mis en œuvre à l'échelle du territoire. Par ailleurs, les demandeurs d'asile sont éligibles à la CMU, et non à l'AME.

b. Une charge renforcée par les réformes de la tarification hospitalière

L'article 50 de la loi de finances rectificative pour 2011 a modifié le mode de tarification des séjours à l'hôpital public des bénéficiaires de l'AME afin de le rapprocher de celle des assurés sociaux. Antérieurement facturés en fonction du prix à la journée, ils sont alignés depuis 2012 sur les tarifs de droit commun issus de la tarification à l'activité (T2A), moins élevés que les précédents. Une majoration transitoire était cependant prévue jusqu'à la fin de l'année 2014.

L'arrêté du 13 décembre 2013, modifiant l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements publics de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'AME, a par ailleurs modifié les coefficients de majoration des tarifs mis en œuvre pour les séjours des derniers dans le champ médecine-chirurgie-obstétrique. Ce coefficient est passé de 1,3 (30 % de survalorisation des actes) à 1,15 (15 % de survalorisation des actes) au 1^{er} janvier 2014. Le coefficient majoré a pris fin au 1^{er} janvier 2015.

Il s'agit d'une baisse fictive des dépenses d'AME qui se traduit en réalité par un transfert de la charge sur le déficit des hôpitaux. **Cette économie est évaluée à 60 millions d'euros en cumulé sur les trois années de sortie du dispositif : 26 millions d'euros en 2014, 55 millions d'euros en cumulé en 2015, et donc une économie supplémentaire de 5 millions d'euros en 2016.**

Par ailleurs, l'article 69 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2015 a mis en œuvre une réforme similaire des tarifs hospitaliers pour l'AME soins urgents que celle qui a été appliquée à partir de 2012 à l'AME de droit commun, afin de réduire les dépenses à la charge de l'assurance maladie.

Ces baisses tarifaires n'ont fait l'objet d'**aucune compensation** pour les hôpitaux qui ont dû absorber la charge dans leurs comptes. Dans le cas du groupement des hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis (HUPSSD), le déficit s'élève désormais à 25 millions d'euros, soit un montant équivalent à 6 % de ses recettes.

2. Un système de compensation qui demeure inadapté pour les hôpitaux situés dans les bassins de population les plus précaires

La problématique de la compensation hospitalière a été abordée à de nombreuses reprises par le précédent rapporteur spécial, M. Claude Goasguen. Il s'appuyait quant à lui sur le cas de l'hôpital de Saint-Denis, situé dans le même bassin de population que l'hôpital d'Avicenne.

Les bénéficiaires de l'AME sont en effet inégalement répartis sur le territoire. Comme l'indique le PAP 2018, sur 106 CPAM ou CGSS, dix seulement concentrent 64 % de la dépense : ainsi, la CPAM de Paris finance 22 % de la dépense d'AME totale (France entière), les caisses d'Île-de-France représentent 52 % de la dépense totale et celle de Cayenne 5 %.

Une compensation entre les établissements publics de santé existe depuis 2009. Elle prend la forme d'une dotation de mission d'intérêt général (MIG) financée par la sécurité sociale. Cette « MIG précarité » est destinée à prendre en compte les surcoûts structurels et organisationnels induits par la présence, dans une proportion plus forte que la moyenne, de patients précaires au sein de la population prise en charge par l'établissement. Il s'agit majoritairement de frais de personnel dédié et de factures impayées.

Le niveau de la MIG est fixé au niveau national. L'enveloppe est répartie entre tous les établissements dont la part de séjours concernant des patients relevant des dispositifs de la PUMa, de la CMU-C, de l'AME de droit commun ou des soins urgents et vitaux (SUV) dépasse un seuil fixe de 10,5 %, seuil considéré comme le niveau au-delà duquel l'accueil des patients précaires, majoritairement AME, entraîne des surcoûts de gestion.

Le taux de précarité des séjours au sein des hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis est en moyenne de 16,7 % au sein du groupe hospitalier (AME-CMU). Il se décompose ainsi : un taux de 19 % à Bondy (hôpital Jean Verdier), et de 15,5 % à Avicenne (Bobigny). Le service social d'Avicenne compte 17 ETP, celui de Jean Verdier 9 ETP, auxquels s'ajoutent des traducteurs

L'enveloppe globale de la dotation est fixée depuis 2009 à 150 millions d'euros par an et bénéficie à plus de 200 hôpitaux. S'il advient, après un premier calcul, que la somme allouée à un établissement est inférieure au seuil de 40 000 euros, alors l'établissement ne bénéficie pas de cette somme, qui est répartie entre les autres établissements éligibles. L'objectif de ce mécanisme est d'éviter le saupoudrage de la dotation.

Pour plusieurs raisons, ce système de compensation est perfectible. Il n'apporte, par exemple, qu'une solution partielle aux difficultés engendrées par la réforme tarifaire pour certains établissements :

– l'enveloppe globale de la « MIG précarité » est gelée depuis 2009. Son montant n'évolue donc pas au même rythme que les surcoûts induits par la croissance des bénéficiaires des dispositifs destinés aux personnes dans des situations précaires, dont l'AME ;

– le dispositif ne permet pas une prise en compte assez fine des différences de situations des établissements publics de santé. En effet, il instaure un seuil unique et peu progressif qui défavorise les hôpitaux les plus concernés par la prise en charge de la précarité. L'AP-HP dans son ensemble reçoit **20 millions d'euros** qu'elle est chargée de répartir entre ses différents groupements.

– au-delà des surcoûts de gestion, un taux élevé de patientèle précaire entraîne des admissions en non-valeur (ANV) plus importantes, dès lors que les ouvertures de droit s'avèrent plus problématiques : il s'agit d'une perte de recettes substantielle, qui n'est pas prise en compte. Au sein des hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis, les ANV représentent 9 millions d'euros sur un budget de 370 millions d'euros en 2016, soit le taux le plus élevé de l'AP-HP.

Le ministère de la santé a fait évoluer le modèle en 2016, s'agissant de certains établissements qui reçoivent une patientèle en situation de précarité supérieure à 20 % et dont les surcoûts organisationnels se multiplient. Sont éligibles les établissements accueillant au moins 10,5 % de patients précaires.

Les montants alloués sont répartis au prorata du nombre de séjours CMU, CMUC et AME (données CNAMTS). Un seuil plancher est, toutefois, fixé à 40 000 euros afin de ne pas disperser les financements.

Comme prévu, un compartiment supplémentaire de 10 millions d'euros est attribué aux établissements ayant un taux de patients précaires supérieur à 20 %, en raison des surcoûts spécifiques engendrés. Ce complément est ventilé au prorata de la part de patients précaires pris en charge pour chaque établissement rapportée au montant versé hors compartiment supplémentaire. Un lissage des effets revenus à hauteur de 50 % est appliqué par rapport aux dotations 2016.

Cette délégation de 158,8 millions d'euros s'inscrit dans des travaux plus globaux menés avec les fédérations hospitalières visant à améliorer le modèle de la MIG afin qu'il compense au plus juste les surcoûts générés par la prise en charge de la patientèle la plus précaire.

Les permanences d'accès aux soins de santé : un dispositif en faveur de la patientèle précaire bénéficiant d'une MIG spécifique⁽¹⁾

La permanence d'accès aux soins de santé (PASS) est un dispositif opérationnel créé par la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion. Elle vise à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier, aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Un dispositif de ce type est mis en place à l'hôpital Avicenne.

Il s'adresse notamment aux patients ne bénéficiant pas d'une couverture sociale ou ayant de graves difficultés économiques. Les patients sous visa ne peuvent pas en bénéficier.

Une PASS doit :

- offrir un accès aux soins et un accompagnement sanitaire et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Ces soins peuvent ne pas être soumis à facturation pour les patients, qui ne bénéficient pas d'une couverture sociale au moment de la réalisation des actes ;
- agir à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients.

(1) Circulaire N° DGOS/R1/2017/164 du 9 mai 2017 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2017 des établissements de santé.

FOCUS N° 2 : LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ EN FRANCE, UNE POLITIQUE PUBLIQUE SOUS-FINANCÉE ET INSUFFISAMMENT COORDONNÉE

En septembre 2016, la direction générale du Trésor publiait une étude chiffrée sur « *l'Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ?* »⁽¹⁾. Le constat est sans appel :

« Alors qu'elles représentent un peu moins de la moitié de la population, les personnes obèses ou en surpoids contribuent à une part plus élevée des dépenses de santé (56 % pour les soins de ville et probablement davantage à l'hôpital). L'excès de poids entraîne en effet des conséquences sanitaires particulièrement néfastes : à la fois sur la morbidité, en accroissant le risque de contracter une maladie chronique, et sur la mortalité (13 % des décès en Europe étaient imputables à l'obésité en 2002). Cette dernière reflète également d'importantes inégalités sociales puisqu'elle est surreprésentée chez les ménages modestes. »

« Le coût social de la surcharge pondérale avoisinait 20 Md€ (1 % du PIB) en 2012 soit un montant comparable à celui de l'alcool et du tabac. Toutefois, le coût par individu concerné est largement inférieur à celui par personne alcoolique ou par fumeur puisque bien plus d'individus sont concernés par la surcharge pondérale. De plus, les comportements individuels ne doivent pas être stigmatisés puisque, contrairement à l'alcool et au tabac qui dépendent des comportements individuels, les causes de l'obésité sont multiples (qualité des aliments consommés, déterminants génétiques etc.). »

« Si des mesures pertinentes ont déjà été mises en œuvre pour tenter de contenir la hausse du nombre de personnes en excès de poids, elles peuvent encore sembler insuffisantes face aux risques sanitaires encourus et notamment l'augmentation prévisionnelle du nombre de personnes obèses et en surpoids (33 millions en 2030 contre 24,6 en 2012). Les mesures de prévention passées ont principalement mis l'accent sur les campagnes d'information de masse. Il semble possible de renforcer les incitations pour les médecins à développer la prévention et d'améliorer l'efficacité des taxes nutritionnelles pour qu'elles infléchissent de manière plus marquée les comportements. »

L'obésité n'est pas un phénomène isolé : près de 15 % de la population adulte est obèse. La prévalence était de l'ordre de 8,5 % il y a douze ans. Un enfant sur six présente un excès de poids⁽²⁾.

Ce constat confère à la prévention et la prise en charge de l'obésité une place déterminante dans les politiques de santé, tant d'un point de vue social que financier. La Rapporteuse spéciale propose dans le cadre présent rapport un bilan

(1) Lettre Trésor-Eco n° 179- septembre 2016.

(2) Chiffres ministère de la santé.

synthétique des actions menées dans ce domaine, en s'appuyant notamment sur l'expérience et l'expertise de l'hôpital Avicenne où elle a effectué un déplacement, centre de référence en matière de prévention et de prise en charge de l'obésité.

Les différents types de prévention :

- **la prévention primaire**, en l'absence de toute pathologie : elle est surtout de la responsabilité des structures éducatives (pratique du sport, repas en collectivité, éducation à la santé) et des campagnes de sensibilisation de masse ;
- **la prévention primo-secondaire** : le risque absolu est supérieur et les objectifs plus stricts que pour les patients en prévention primaire ;
- **la prévention secondaire** : l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère la prévention secondaire comme un ensemble de mesures destinées à interrompre un processus morbide en cours pour prévenir de futures complications et séquelles, limiter les incapacités et éviter le décès. Elle peut être consécutive à un suivi médical ;
- **la prévention tertiaire**, qui s'apparente à une prévention visant à éviter toute récurrence, notamment après un acte médical ou chirurgical. Dans le cas du traitement de l'obésité, il s'agit d'une étape stratégique et de la principale faiblesse de la prise en charge actuelle de cette pathologie en France.

À l'issue de la visite de l'hôpital Avicenne à Bobigny, la Rapporteuse spéciale constate que des politiques publiques de prévention contre l'obésité au niveau national ont été élaborées, mais qu'elles manquent à la fois de **financements destinés à améliorer l'accessibilité à l'ensemble des soins de suite, et de coordination entre les différents acteurs.**

I. LES POLITIQUES PUBLIQUES MISES EN ŒUVRE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ

A. LE PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ (PNNS)

Le programme national nutrition santé (PNSS) est un programme gouvernemental quinquennal inscrit dans le code de la santé publique (article L. 3231-1).

S'inscrivant dans la ligne de deux premiers programmes, **le PNNS 2011-2015 est orienté autour de quatre axes et un volet transversal :**

- réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention ;
- développer l'activité physique et sportive et limiter la sédentarité ;
- organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition ; diminuer la prévalence de la dénutrition ;

– valoriser le PNNS comme référence pour les actions en nutrition ainsi que l’implication des parties prenantes ;

– mettre en œuvre des actions de formation, de surveillance, d’évaluation et de recherche

Il est apparu nécessaire de prolonger le PNNS 3 (2011-2015) sur deux années supplémentaires en 2016 et 2017, afin de disposer des données nécessaires pour l’élaboration du PNNS 4, prévu à l’article L. 3231-1 du code de la santé publique.

Ce programme, dont l’objectif est d’améliorer la santé de l’ensemble de la population en agissant sur la déterminante nutrition (alimentation et activité physique), est amené à mobiliser un très grand nombre d’acteurs tant au niveau national que régional⁽¹⁾. Il a été confié au Haut Conseil de la santé publique (HCSP), l’élaboration de propositions d’objectifs pour le futur PNNS ainsi que de recommandations dans la perspective des discussions de l’atelier « Faciliter l’adoption par tous d’une alimentation favorable à la santé » des États généraux de l’alimentation qui ont débuté en octobre 2017.

Pour 2017, un budget de 1 550 951 euros a été prévu par l’ANSP pour les actions de communication relatives au PNNS et 504 508 euros ont été alloués à la DGS pour la mise en œuvre des actions de prévention nutritionnelle, dans le domaine de la formation notamment mais aussi d’actions visant à lutter contre les inégalités sociales de santé en nutrition. À ce jour, la DGS prévoit d’allouer en 2018 un budget de 660 000 euros sur le programme 204 (hors budget de l’ANSP, de l’ANSES et des ARS) pour la mise en œuvre des actions du PNNS et de sa déclinaison en outre-mer.

B. LE PLAN OBÉSITÉ 2010-2013

Il obéit au même objectif général que le PNNS, à savoir améliorer la santé de l’ensemble de la population en agissant sur l’état nutritionnel, c’est-à-dire à la fois sur l’alimentation et sur l’activité physique. Plus spécifiquement ciblé sur l’obésité, ce plan se déploie en plusieurs axes stratégiques, eux-mêmes déclinés en plusieurs actions concrètes.

Les quatre axes stratégiques couverts par le plan sont les suivants :

- améliorer l’offre de soins et promouvoir le dépistage chez l’enfant et l’adulte ;
- mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l’environnement et promouvoir l’activité physique ;

(1) Les ministères chargés de l’éducation nationale, de l’agriculture, de la consommation, des sports, de l’intérieur, de l’Outre-mer et la CNAMTS sont parties prenantes de même que les agences de santé, les représentants de collectivités territoriales, les associations de patients, de consommateurs et du monde économique de l’alimentation ainsi que des scientifiques et contribuent à la coordination générale. Au niveau régional, les ARS travaillent avec les services déconcentrés de l’État et les acteurs de promotion de la santé.

- prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre les discriminations ;
- investir dans la recherche.

Il est à noter que le plan obésité intègre des actions de prévention intégrées à d'autres programmes, tel que le programme national pour l'alimentation, le programme éducation santé 2001-2015 ou encore le programme national nutrition santé précédemment évoqué. Le plan prévoit par ailleurs des types de **préventions spécifiques**, qui nécessitent le développement d'une information nouvelle.

On peut notamment évoquer le **renforcement de l'information sur la notion de sédentarité notamment « le temps passé devant un écran »**⁽¹⁾. Les différents professionnels rencontrés par la Rapporteuse spéciale dans le cadre de son déplacement à l'hôpital Avicenne ont confirmé l'importance de ce facteur de développement de l'obésité infantile, une relation directe étant démontrée entre le nombre d'heures passées devant un écran de télévision et la prévalence de l'obésité. Ce déterminant paraît en outre contribuer aux inégalités sociales de santé.

C. LA LOI SANTÉ DE 2016

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé comporte plusieurs mesures phares dans le domaine de la nutrition et de la promotion de l'activité physique, en lien avec la prévention de l'obésité :

– **une mesure concernant l'étiquetage nutritionnel** : le développement **sur une base volontaire** d'une information simple sur la qualité nutritionnelle du produit alimentaire sur son emballage afin de permettre au consommateur de faire un choix éclairé pour sa santé. Un décret d'application en Conseil d'État a été publié en juillet 2016. Suite à une concertation avec les parties prenantes qui a débuté en 2015, quatre systèmes graphiques ont été proposés. Ils ont été testés auprès des consommateurs en conditions réelles d'achat entre le 26 septembre et le 4 décembre 2016 dans 60 magasins tirés au sort : les résultats de cette expérimentation ont été publiés en mars 2017 montrant l'efficacité du logo Nutri-score, comparativement aux autres systèmes d'étiquetage nutritionnel ;

– **la limitation de l'offre à volonté des boissons sucrées**. Après les concertations avec les parties prenantes, un arrêté cosigné par les ministres chargés de la santé, de l'agriculture et de la consommation, daté du 18 janvier 2017 a précisé les catégories de boissons concernées ;

– **la prescription de l'activité physique adaptée pour les patients atteints d'affections de longue durée**, par le médecin traitant, dans le cadre du parcours de soins.

(1) Mesure 2-4 du Plan Obésité.

Ces mesures posent toutefois la question de leur effectivité et de leur efficacité sur les comportements des personnes les plus à risque en matière d'obésité.

II. LA PRÉVENTION CONTRE L'OBÉSITÉ A L'HÔPITAL AVICENNE : UNE DÉMARCHE DE PRISE EN CHARGE GLOBALE

A. LE GROUPE HOSPITALIER « HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS SEINE-SAINT-DENIS » DE L'AP-HP : UN EXEMPLE DE PRISE EN CHARGE GLOBALE SUR UN TERRITOIRE PARTICULIÈREMENT EXPOSÉ AU RISQUE D'OBÉSITÉ

De par son territoire d'implantation et sa participation au **Centre intégré nord francilien de l'obésité (CINFO)**, le Groupe hospitalier (GH) auquel appartient l'hôpital d'Avicenne est particulièrement impliqué dans le traitement médical et chirurgical de l'obésité et des troubles métaboliques associés. La particularité de l'établissement tient au fait que cette activité clinique est adossée de très longue date à une activité de recherche épidémiologique universitaire à rayonnement national et international (Équipe de recherche en épidémiologie nutritionnelle - EREN - UMR 1153 Inserm - U1125 INRA - CNAM-UP13) et couvre les deux **versants adulte et pédiatrique**. De fait, l'ensemble des acteurs médicaux de la prise en charge participent en sus à des démarches de prévention portées par de multiples acteurs et par le CINFO lui-même.

La prévalence de l'obésité complexe en Seine Saint-Denis est deux fois plus élevée que la moyenne française : dans le département, 30 000 personnes ont un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 40 %. Le facteur social est déterminant dans le cadre de la lutte contre l'obésité, l'environnement constituant un élément fondamental dans l'augmentation du risque (notamment du fait de l'accessibilité aux nourritures de bonne qualité nutritionnelle). L'obésité revêt également une dimension individuelle et psychologique, qui ne peut être écartée dans la prise en charge. Il est ressorti de l'expérience des médecins rencontrés à l'hôpital Avicenne que dans 30 % des cas, les personnes atteintes d'obésité présentaient des parcours de vie particulièrement compliqués.

Rencontre avec les porteurs médicaux de la prévention, de la prise en charge et de la recherche sur l'obésité à l'hôpital Avicenne

- Pr Paul-Élie VALENSI, chef de service d'endocrinologie diabétologie nutrition du GH, impliqué dans l'association DIANEFRA dédiée à l'accompagnement des patients porteurs de maladies métaboliques, porteur d'un important projet de prévention du diabète de type 2 chez les personnes à haut risque par le changement des habitudes de vie, membre du bureau du CINFO
- Pr. Christophe BARRAT, chirurgien bariatrique, ancien chef de pôle, membre du bureau du CINFO
- Pr Serge HERCBERG, médecin de santé publique - épidémiologiste, promoteur de la cohorte SU.VI.MAX et NutriNet-Santé, impliqué dans le programme national nutrition santé, porteur du projet Nutri-Score
- Dr François LHUISSIER, médecin du sport (adulte) – programme de prévention secondaire et tertiaire par l'activité physique adaptée
- Dr Mathieu PELLAN, médecin du sport (pédiatre)
- Dr Nadine LUCIDARME, pédiatre – thématique prise en charge de l'obésité
- Mme Marylène LITOUT, directrice de la communication du GH et responsable de la maison d'information en santé (MIS) dont une partie de l'activité porte sur la prévention primaire et secondaire

B. LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DE L'AXE NUTRITION-OBÉSITÉ ET LES INSUFFISANCES CONSTATÉES SUR LA COHÉRENCE DE LA CHAÎNE DE SOINS

La rencontre avec l'équipe médicale pluridisciplinaire en charge de la prise en charge de l'obésité amène la Rapporteuse spéciale à dresser les constats suivants :

– **la prise en charge de l'obésité à tous les âges de la vie revêt nécessairement une dimension pluridisciplinaire** : la prise en charge efficace de l'obésité implique une dimension pluridisciplinaire, permettant d'appréhender simultanément la dimension médicale, la dimension psychologique, la prise en charge diététique notamment en phase post-chirurgicale, et enfin la prévention et le suivi par le biais de l'activité physique. En l'absence de prise en compte de l'ensemble des déterminants de l'obésité, le risque d'échec à prévenir ou guérir la pathologie est fortement renforcé ;

– **une prévention de proximité est nécessaire, adaptée aux spécificités de la patientèle**. En effet, les facteurs environnementaux et sociaux étant particulièrement prégnants, ils impliquent une adaptation aux habitudes de vie des patients concernés ;

– **cette prévention de proximité doit s'accompagner d'une volonté forte des pouvoirs publics**, afin de mettre en œuvre une politique incitative

permettant d'éviter les initiatives redondantes et coûteuses et de favoriser les partenariats avec les différents acteurs du territoire.

La cohérence de la chaîne de soin associée à une logique de proximité et d'adaptation aux populations concernées, largement issue des classes défavorisées, se traduit par la mise en œuvre de **plusieurs types de structures et d'actions sur le territoire**. Dans le cadre de la prise en charge d'une pathologie telle que l'obésité, par nature pluridisciplinaire et fortement ancrée dans l'environnement local, le rôle des **acteurs relais** du territoire apparaît comme indispensable (médecine de ville, PMI, associations, école etc). L'objectif des dispositifs et programme de soins mis en œuvre est notamment de contribuer à la mise en cohérence de l'ensemble de ces acteurs.

Si les objectifs et les grandes orientations stratégiques de ces dispositifs apparaissent pertinents, le bilan global fait apparaître plusieurs insuffisances qui nuisent à l'efficacité des dispositifs.

1. Le Centre intégré nord francilien de l'obésité (CINFO), sur la base du plan obésité

Les centres spécialisés et intégrés sont la traduction de l'action 4 de l'axe 1 du plan obésité, à savoir *l'identification des centres spécialisés et intégrés pour la prise en charge de l'obésité sévère et l'organisation de la filière de soins dans les régions*.

Ces centres ont pour objectif d'être les garants d'une prise en charge optimale de l'obésité sévère et multi-compliquée. Il s'agit d'un label attribué par le ministère de la santé et l'ARS d'Île-de-France. Il assure que les patients bénéficient d'une prise en charge multidisciplinaire, conformément aux recommandations nationales et internationales. Les centres ont vocation à s'inscrire dans leurs territoires de santé en renforçant leurs relations avec les professionnels de santé de ville pour permettre l'entrée des patients dans un parcours de soins lisible, personnalisé et continu.

Il existe quatre centres intégrés de l'obésité en Île-de-France, dont le CINFO.

Le caractère pluridisciplinaire de cette prise en charge va dans le bon sens, mais demeure insuffisant. En l'absence de coordination sur le territoire, les CINFO labellisés ne bénéficient pas de l'exclusivité de la prise en charge des patients atteints d'obésité, qui sont également traités par d'autres structures hospitalières en dehors du champ des CINFO. L'action s'en trouve dispersée, et de ce fait moins efficace dans le suivi des patients.

2. Le programme pilote de suivi renforcé de l'obésité chez l'enfant auquel participe le GH HUPSSD

Une mesure relative à une expérimentation visant à prévenir l'obésité chez le jeune enfant de 3 à 8 ans a été inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale 2016. Cette expérimentation a pour objectif **d'améliorer la prise en charge et le suivi des enfants de 3 à 8 ans chez lesquels le médecin aura décelé un risque d'obésité**, en mettant en place une prise en charge pluridisciplinaire (diététique, psychologique et d'activité physique) précoce et adaptée aux besoins de l'enfant et de sa famille.

Les expérimentations se déroulent dans quatre zones particulièrement exposées au risque de l'obésité infantile : le Nord, le Pas-de-Calais, La Réunion et la Seine-Saint-Denis. En effet, en Seine-Saint-Denis, l'IMC dépasse 30 pour 14 % des enfants, contre une moyenne à 4 % à l'échelle du pays.

Cette prise en charge est prescrite par le médecin qui suit l'enfant : médecin généraliste, pédiatre ou médecin de PMI. L'enfant est ensuite identifié auprès des autorités en charge de l'expérimentation (CPAM et ARS). Elle est ensuite mise en œuvre par des professionnels de santé et psychologues appartenant à des structures/associations sélectionnées. La pratique sportive devrait y tenir une place importante.

Concernant la prise en charge par la sécurité sociale, elle est totale pour les patients, sous forme d'un forfait pluridisciplinaire spécifique.

Cette initiative centrée sur la patientèle infantile semble répondre à tous les objectifs nécessaires à une prise en charge efficace de l'obésité, même s'il est encore trop tôt pour dresser un bilan de cette expérimentation. Cependant, les consultations, nécessairement plus longues dans le cadre de ce parcours de soins, demanderont un investissement supplémentaire de la part des professionnels de santé. À l'heure actuelle, aucune compensation financière n'est prévue, ce qui pourra nuire à l'efficacité globale du dispositif en cas d'investissement insuffisant des professionnels de santé. Par ailleurs, les professionnels de santé rencontrés par la Rapporteuse ont souligné des moyens insuffisants, et à termes une généralisation à l'échelle du territoire qui pourrait s'avérer difficile par manque de ressources humaines.

3. La prévention de l'obésité dans le cadre des maisons d'information en santé (MIS) : une forte dépendance aux financements extérieurs

La maison d'information en santé (MIS) est un lieu d'écoute, d'information et d'échange pour les patients et leurs proches. Elle organise des activités destinées à améliorer la qualité de vie des patients durant leur prise en charge.

Initialement, les actions de la MIS étaient destinées aux informations et aux échanges autour du cancer. La prévention de l'obésité n'étant pas valorisée financièrement à l'hôpital, cette action de santé publique est désormais prise en charge par la MIS du GH HUPSSD. Cette dernière propose notamment des ateliers afin d'apprendre à mieux manger, en fonction du pays d'origine, en fonction du budget... Il s'agit d'une action de formation de proximité, au plus près des spécificités culturelles et sociales de la patientèle de Seine-Saint-Denis.

Elle a également investi des champs initialement réservés aux patients atteints de cancer comme la psycho-socio-esthétique ou la sophrologie.

Les échanges menés par la Rapporteuse spéciale ont mis en lumière plusieurs limites à l'efficacité de l'action menée par la MIS de l'hôpital Avicenne. Il s'agit tout d'abord d'une action relativement méconnue. De plus, les financements dédiés à ce type de structure sont aléatoires, puisque des financements extérieurs viennent largement compléter les enveloppes publiques. Les responsables de la MIS ont ainsi indiqué avoir bénéficié de financements provenant de la fondation Danone, crédits qui ne seront pas renouvelés en 2018. **L'incertitude pesant sur les moyens et le niveau de financement de ces centres contribuent à affaiblir la force d'action de ces dispositifs.**

4. Une mobilisation nécessaire mais aléatoire des « acteurs relais » : l'exemple de « l'atelier santé-ville »

L'atelier santé ville a pour vocation de participer à l'amélioration de l'état de santé des populations et en particulier des habitants des quartiers les plus défavorisés, et vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Ce dispositif met en place une politique locale et partenariale de santé à partir des besoins locaux identifiés. C'est une démarche d'animation territoriale qui a pour objet la **coordination des acteurs** et des actions locales de santé sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville, en vue de permettre une **articulation dynamique entre la politique de la ville et les politiques de santé**, et de promouvoir la participation de la population sur les questions de santé. Elle vise à favoriser le développement de **programmes locaux de santé publique concertés** afin d'améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux **populations les plus fragilisées**, en mettant la prévention et la promotion de la santé au cœur du projet territorial avec les autres politiques publiques qui concourent à l'amélioration de la santé des populations. Les acteurs impliqués sont nombreux et variés : services municipaux, institutions et organismes, acteurs du service public ou privé, professionnels d'horizons différents, associations, élus et habitants.

Le lien avec les écoles, indispensable dans le cadre de la prévention et du dépistage précoce de l'obésité, peut s'inscrire dans ce cadre-là. Il ne semble cependant pas exister de protocole unifié, permettant de garantir la pleine participation des établissements scolaires.

Pris individuellement, l'ensemble de ces dispositifs apparaissent tous pertinents au regard de leurs objectifs.

Mais quelle coordination d'ensemble est aujourd'hui mise en œuvre, à l'échelle du territoire, et de surcroît à l'échelle nationale ? Il semble ressortir de ce panorama de la prévention et de la prise en charge de l'obésité **un manque de structure et de cohérence d'ensemble** tant de la prévention primaire chez l'enfant, que dans un second temps du suivi indispensable des patients dans le cadre de la prévention secondaire et tertiaire.

Les **actions apparaissent complémentaires mais dispersées**, et la relative dépendance de certains des dispositifs à des financements privés renforce le caractère aléatoire de la prise en charge. Enfin, l'absence de coordination peut amener à des formes d'inégalités à l'échelle d'un territoire, et de surcroît à l'échelle du pays.

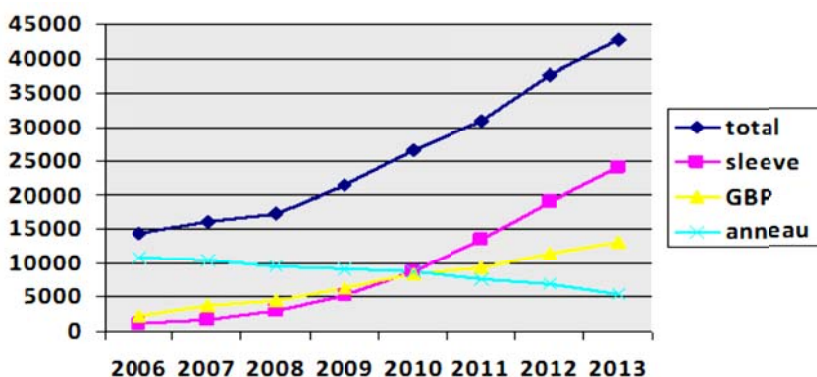
III. LES PRÉCONISATIONS VISANT À RENFORCER LA PRÉVENTION ET LA BAISSÉ DE LA PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ

A. LE CHOIX DU LONG TERME : FINANCER L'ENSEMBLE DE LA CHAÎNE DE SOINS ET PILOTER PLUS EFFICACEMENT LA PRÉVENTION

1. La prise en charge chirurgicale de l'obésité morbide : le choix du court terme n'est pas optimal tant d'un point de vue tant médical que financier

a. *Financer la prévention secondaire et tertiaire permettrait à terme de réduire les coûts liés aux interventions chirurgicales*

La France est l'un des pays où la chirurgie bariatrique⁽¹⁾ se développe le plus rapidement, avec un nombre d'interventions qui a triplé entre 2006 et 2015, comme l'illustre le diagramme ci-dessous :



Source : évolution des interventions de chirurgie bariatrique en France (e-mémoires de l'Académie nationale de chirurgie, 2015).

(1) La chirurgie bariatrique, ou chirurgie de l'obésité, consiste à modifier l'anatomie du système digestif (sleeve, anneau, bypass). Elle est réservée à des cas graves d'obésité.

Le recours à cette chirurgie semble surdimensionné en France (plus de 50 000 personnes opérées chaque année), notamment au regard de nos voisins européens alors même que ces interventions présentent un risque élevé pour les patients. Il s'agit par ailleurs d'une chirurgie très coûteuse pour la sécurité sociale, et peu efficace en termes de santé publique puisque la prévalence de l'obésité n'a cessé de croître.

Selon le professeur Barrat, chirurgien bariatrique, l'intervention chirurgicale n'est efficace que dans le cadre d'un suivi pluridisciplinaire : **prise en charge psychologique, prise en charge diététique et incitation à l'activité sportive**. Son constat est sans appel : le taux de réussite postopératoire avec un suivi à quatre ou cinq ans est de 75 %. *A contrario*, une prise en charge exclusivement médicale ne donnant pas lieu à un suivi diététique et psychologique, ainsi qu'à l'intégration d'une pratique sportive se traduit par un taux d'échec de 75 %. Cela multiplie également la probabilité d'interventions chirurgicales multiples, dangereuses pour les patient et coûteuses pour la sécurité sociale.

Pendant, il est à noter que les consultations menées par les diététiciens ou les psychologues ne font l'objet à ce jour d'une prise en charge par la sécurité sociale. La patientèle concernée par l'obésité est en grande majorité une patientèle précaire, pour qui cette prise en charge apparaît trop coûteuse.

Propositions :

- ⇒ Création d'un forfait spécifique permettant la prise en charge pluridisciplinaire pour les patients atteints d'obésité et ayant subi une opération de chirurgie bariatrique.
- ⇒ Renforcer les financements à destination de la prévention secondaire et tertiaire, en tout état de cause moins coûteux pour la sécurité sociale que le recours excessif à la chirurgie bariatrique.
- ⇒ Faire reconnaître l'obésité morbide comme une affection de longue durée (ALD), afin de renforcer la prise en charge en amont du développement de pathologies en découlant. ⁽¹⁾

b. La pratique sportive pour lutter contre l'obésité ou consolider les effets de la prise en charge médicale : des dispositifs encore inefficaces

L'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé, autorisant les médecins traitants à **prescrire des activités physiques adaptées aux patients atteints d'ALD**, ouvre une nouvelle voie dans la prévention et la prise en charge de l'obésité. Si le suivi par les professionnels de santé semble être une solution efficace, différents facteurs rendent sa mise en œuvre difficile et limitée ⁽²⁾:

(1) Liste ALD 30 : il s'agit de la liste, établie par décret, des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. La liste et les critères médicaux utilisés pour l'admission et le renouvellement de ces ALD ont été actualisés par le décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 (Journal officiel du 21 janvier 2011) qui précise également la durée d'exonération pour chacune de ces pathologies.

(2) À partir de l'analyse de la lettre Trésor-Eco n° 179 précitée et des éléments recueillis auprès des professionnels de l'hôpital Avicenne.

- pour être efficace, cette solution requiert **un suivi intensif** du patient par le médecin qui s'avère très coûteux à court terme, tant pour la sécurité sociale que pour le patient. Rappelons que l'obésité concerne en premier lieu des patients peu fortunés ;

- **cette mesure ne concerne que les patients atteints d'ALD, or l'obésité (y compris morbide et complexe) n'entre pas dans ce champ.** L'activité physique adaptée interviendra donc tardivement, dès lors que des pathologies graves découlant de l'obésité seront contractées ;

- pour qu'un suivi intensif puisse être réalisé par des médecins, cela suppose **qu'ils puissent dégager du temps pour ces consultations**, ce qui peut sembler particulièrement difficile dans certaines zones médicalement sous-dotées ;

- il n'existe **pas de système d'incitations** (forfait ou complément de revenu) encourageant les médecins à développer cette activité de prévention. Cette problématique revêt les mêmes enjeux que celle évoquée dans le cadre programme pilote de suivi renforcé de l'obésité chez l'enfant.

Dans le cadre des différents dispositifs présentés précédemment, la pratique sportive a été intégrée tant en amont dans la phase préventive, qu'en aval comme composante de la filière de soins après une prise en charge médicale. **Les associations sportives sont d'ailleurs identifiées par les professionnels rencontrés comme d'importants « acteurs relais » dans la prévention de l'obésité.** Mais l'on constate plusieurs limites :

- **en l'absence de coordination d'ensemble, les actions sport se répartissent inégalement sur le territoire** (à l'instar de la Seine Saint-Denis, où la moitié des actions menées en lien avec l'hôpital se concentrent dans la ville de Saint-Denis) ;

- les associations concernées bénéficient de **financements globalement insuffisants, et aléatoires** ;

- enfin, pour les patients concernés, **le coût d'une inscription annuelle dans une association sportive peut apparaître prohibitif** en l'absence de soutien financier pour les foyers les plus modestes. Certaines associations bénéficient de financements ARS leur permettant de proposer un abonnement à 10 euros par mois, mais il n'existe aucune généralisation.

Propositions :

Étendre la prescription des activités physiques adaptées aux patients atteints d'obésité morbide, si celle-ci n'est pas reconnue comme ALD.

Créer un système d'incitation financière généralisé pour les médecins intégrés au parcours de soins des patients (enfants et adultes) pris en charge dans le cadre de la prévention ou le suivi de l'obésité.

Dans les territoires fragilisés, plus exposés au risque d'obésité, généraliser les financements ARS en faveur des associations sportives, de manière pérenne et également répartis sur le territoire.

B. METTRE EN ŒUVRE UNE STRATÉGIE NATIONALE CONTRAIGNANTE AFIN D'ÉVITER LA MULTIPLICATION DES INITIATIVES ISOLÉES ET DE RENFORCER LES LIENS AVEC LES DIFFÉRENTS ACTEURS

Si les initiatives locales et nationales ne manquent pas, elles souffrent de l'absence d'une ligne stratégique unique, portée par une structure de pilotage clairement identifiée portant un cahier des charges déclinable dans les territoires.

Si les agences régionales de santé apparaissent comme la structure la plus appropriée pour mettre en œuvre la déclinaison territoriale, l'école joue aussi un rôle majeur dans le dépistage précoce de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent : elle constitue le point d'entrée naturel dans un protocole de suivi visant à limiter, voire à neutraliser, le risque de développer une obésité morbide. Pourtant, à ce jour, cette action semble en grande partie inefficace faute d'un protocole contraignant pour chaque établissement, associé à des financements suffisants.

Les professeurs des écoles pourraient à ce titre constituer des acteurs relais essentiels. N'ayant pas vocation à réaliser des actes médicaux, ils pourraient renforcer l'action préventive d'information, à condition de bénéficier pour leur part d'une formation adaptée.

C. LA FISCALITÉ COMPORTEMENTALE : UNE SOLUTION EFFICACE À CONDITION D'ÊTRE EFFECTIVEMENT DÉSINCITATIVE POUR LES CONSOMMATEURS ET LES INDUSTRIELS

Dans le rapport de la mission d'information de la commission des finances sur « *la taxation des produits agroalimentaires* » du 22 juin 2016⁽¹⁾, mission présidée par la Rapporteure spéciale, la question de la fiscalité comportementale en lien avec la consommation alimentaire avait été abordée. Ainsi, deux propositions étaient directement tournées vers un objectif de santé publique, et plus spécifiquement vers la lutte contre l'obésité.

(1) Rapport d'information n° 3868 sur la taxation des produits agroalimentaires. Commission des finances, Mme Véronique Louwagie, présidente, et M. Razzy Hammadi, rapporteur. (22 juin 2016).

Propositions du rapport d'information sur la taxation des produits agroalimentaires

Proposition n° 11 : *Augmenter le tarif de la taxe sur les boissons contenant des sucres ajoutés, afin de favoriser, pour des raisons de santé publique, une baisse de la consommation de ces boissons ; étudier une alternative autre, au travers de la possibilité de mettre en place, dans une logique nutritionnelle plus large et pour un rendement comparable, une taxe sur les sucres entrant dans la composition des produits alimentaires (boissons comprises).*

Proposition n° 15 : *Accompagner les mesures fiscales d'un renforcement de la sensibilisation des consommateurs aux enjeux sanitaires et environnementaux, d'une amélioration de leur information sur les caractéristiques nutritionnelles des produits et d'une augmentation des moyens alloués aux organismes publics en charge de ces politiques.*

Les mesures fiscales comportementales doivent être suffisamment désincitatives, **tant pour les consommateurs que pour les industriels**, afin de parvenir à des effets notables sur la production et la consommation de produits sucrés.

Lors de la première lecture du PLFSS pour 2018, l'Assemblée a adopté un amendement qui modifie la contribution sur les boissons sucrées prévue à l'article 1613 *ter* telle qu'elle avait été conçue par la loi de finances pour 2012.

Cet amendement substitue à la contribution actuelle sur les boissons sucrées une taxation dont le niveau s'élève à proportion de la quantité de sucres ajoutés contenue dans la boisson considérée pour inciter les industriels à réduire la quantité de ces sucres dispensables dans leurs produits.

Pour les boissons sucrées, la taxation se déclenche à partir de 1 gramme de sucres pour 100 millilitres (ou 1 kilo par hectolitre) et progressera jusqu'à une vingtaine d'euros par hectolitre pour un produit dépassant 11 grammes de sucres ajoutés pour 100 millilitres.

FOCUS N° 3 : PREMIER BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION D'UNE SALLE DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE (OU « SALLE DE SHOOT ») DANS LE QUARTIER DE LA GARE DU NORD À PARIS

La salle de consommation à moindre risque (SCMR) est un dispositif de santé publique qui permet l'accueil d'usagers de drogues en situation de précarité par une équipe professionnelle médico-sociale. Il s'inscrit dans le prolongement des actions de réduction des risques et des dommages (RdRD) mises en place depuis presque trente ans en France. Il est justifié par la nécessité d'élargir la palette des actions de RdRD pour toucher les personnes les plus éloignées des dispositifs existants et aux conditions de vie les plus précaires.

Ce type de structure a un double objectif de santé publique (assurer des conditions d'hygiène permettant de réduire les risques, notamment infectieux, liés à leur consommation), et de sécurité publique (réduction des nuisances pour les riverains).

À l'automne 2016, deux SCMR ont été ouvertes : l'une à Paris et l'autre à Strasbourg. La salle de consommation à moindre risque installée à proximité de la gare du Nord est ouverte depuis le 17 octobre 2016.

La Rapporteuse spéciale a souhaité dresser un premier bilan, un an après l'ouverture expérimentale de la SCMR à l'hôpital Lariboisière à Paris. Dans cette perspective, elle a procédé à une visite sur place de cette salle le 14 septembre 2017, en compagnie de la présidente de l'association Gaïa en charge de la gestion de la salle. Elle a également rencontré dans le cadre de ses auditions M. Rémi Féraud, maire du 10^e arrondissement, ainsi que Mme Déborah Pawlik, conseillère de Paris et élue d'opposition.

I. CONTEXTE ET CADRAGE JURIDIQUE DES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE

A. LA MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVE (MILDECA).

La politique de lutte contre les drogues et les toxicomanies s'articule autour d'un continuum d'actions allant de la prévention aux soins. Cette complémentarité des actions a nécessité la création d'une instance de coordination interministérielle. C'est ainsi que le **décret du 8 janvier 1982 a créé le comité interministériel de lutte contre la toxicomanie et de la mission permanente de lutte contre la toxicomanie**. Cette mission regroupe un volet diversifié de politiques publiques : politique de la ville, prévention en milieu professionnel, prévention en milieu scolaire et universitaire, recherche, santé, police nationale, gendarmerie, outre-mer, justice, et douanes.

Placée auprès du Premier ministre, la MILDECA anime et coordonne l'action du Gouvernement en matière de lutte contre les drogues et les conduites addictives et élabore à ce titre la stratégie gouvernementale en la matière. Les domaines de compétence de la mission sont les suivants : recherche et observation, application de la loi, prévention lutte contre le trafic, **prise en charge et réduction des risques**, coopération européenne et internationale.

Elle s'appuie sur un réseau de chefs de projets issu du corps préfectoral pour relayer son action sur le territoire.

La MILDECA finance deux groupements d'intérêt public :

- **L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)**, qui assure l'observation des produits consommés comme des habitudes de consommation desdits produits ;

- **Le Centre interministériel de formation anti-drogue (CiFAD)**, installé à Fort-de-France, qui est chargé de conduire des actions de formation et de coopération pour renforcer les capacités des administrations des États situés le long de la route de la cocaïne.

La MILDECA dispose de crédits dédiés au sein du programme *Coordination du travail gouvernemental* du budget de l'État (mission *Direction de l'action du Gouvernement*)⁽¹⁾. Elle gère en outre le fonds de concours « drogues » alimenté par le produit des avoirs criminels définitivement confisqués au moment du jugement de condamnation.

L'action de la mission est par ailleurs adossée au **plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017**. Élaboré sur le modèle du plan de l'Union européenne, le plan gouvernemental est décliné en deux plans d'action successifs, programmés sur une durée de deux ans chacun (2013-2015 et 2015-2017). Le projet de SCMR a été intégré dès 2013 au plan gouvernemental.

Un volet spécifique est consacré à **la réduction des risques et des dommages (RdRD)** : développée au cours des années 1980, dans le contexte de l'épidémie de VIH chez les usagers injecteurs d'héroïne, la RDR a progressivement intégré d'autres registres d'action concernant d'autres produits, comme les initiatives développées autour des risques liés à l'alcool. La RDR envisage tous les types de risques associés à la consommation de substances psychoactives.

C'est dans cette logique de réduction des risques que s'inscrit le projet d'expérimentation et d'évaluation de « salles de consommation à moindre risque ».

(1) Voir le rapport n° 15 de Mme Marie-Christine Dalloz, rapporteure spéciale.

Les dispositifs de la RdRD

Plusieurs dispositifs de réduction des risques et des dommages existent déjà sur notre territoire depuis de nombreuses années. Ils ont été précisés par la loi de santé de 2004 qui donne un cadre légal à la RdRD :

- les automates récupérateurs de seringues : à ce jour 34 distributeurs et collecteurs de seringues sont répartis dans 16 arrondissements ;
- les centres de soins d'accueil et de prévention en addictologie (CSAPA) : 18 centres à Paris ;
- les centres d'accueil, d'accompagnement et de réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) : 9 centres à Paris ;
- la salle de consommation à moindre risque complète désormais le dispositif.

1. La première étape : le rapport de l'INSERM sur la réduction des risques chez les usagers de drogue (juin 2010)

Dans le cadre du rapport de l'INSERM, les experts ont préconisé, sous certaines conditions, la mise en place d'un **centre d'injection supervisé (CIS)**, remplissant les mêmes missions de ce qui sera appelé dans un second temps la salle de consommation à moindre risque :

*« Le groupe d'experts recommande de mener une étude des besoins pour l'ouverture d'un CIS afin de définir les objectifs spécifiques de ce dispositif (diminuer les overdoses mortelles, diminuer le nombre d'abcès, attirer des injecteurs à haut risque pour les (re)mettre en contact avec des structures de traitement...). **La mise en place d'un CIS ne peut être envisagée que si ce dispositif répond à des besoins parfaitement identifiés tenant compte des évolutions de modalités d'usage de drogues qui peuvent varier d'un endroit à un autre : importance de l'injection en public, du nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse sans contact ou en rupture avec des structures de soin ; du nombre d'overdoses mortelles, des complications liées à l'acte d'injection (abcès). Ces centres, s'ils sont proposés, doivent être en mesure de couvrir ces besoins. Leur intégration dans un dispositif plus large, avec une bonne communication entre les services est également indispensable. Enfin, pour garantir un fonctionnement adéquat, leur implantation doit reposer sur un consensus entre tous les acteurs locaux : santé, police, autorités politiques et administratives, population en général et voisinage immédiat, usagers eux-mêmes. Ceci demande une phase de préparation d'explication, et de communication compte tenu des représentations souvent négatives qui prévalent pour ce type de dispositif. Une évaluation de la phase d'implantation est un élément important du processus d'acceptation des CIS.** »*

2. Le cadre juridique de l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque.

Lors de sa séance du 18 et 19 octobre 2010, le Conseil de Paris a émis le vœu que la Ville de Paris se déclare candidate pour la mise en place, dans le cadre d'une expérimentation conduite avec l'État, du dispositif de prévention de risques liés à la consommation de drogue que constituent les centres de consommation supervisés.

En 2012, l'expérimentation d'une SCMR est intégrée au plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.

En octobre 2013, alors que le projet est prêt à être mis en œuvre par une disposition réglementaire du Premier ministre, le Conseil d'État rend un avis visant à imposer une mesure législative pour autoriser l'expérimentation de la salle de shoot ⁽¹⁾ ;

L'article 43 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a donc modifié l'article L. 3411-6 du code de la santé publique en prévoyant qu'à titre expérimental, des CAARUD, désignés par la ministre de la santé, peuvent ouvrir dans des lieux distincts des SCMR. Cette expérimentation est limitée à six ans à compter de l'ouverture de la première salle. La responsabilité pénale des parties prenantes au dispositif a également été aménagée pour leur permettre de mener à bien des interventions de RdRD.

L'arrêté ministériel du 22 mars 2016 fixe **le cahier des charges de l'expérimentation des SCMR en France**. Il fixe notamment les produits autorisés (produits illicites et médicaments détournés de leur usage), le protocole à suivre (une seule injection ou inhalation autorisée, non-participation aux gestes d'injection par le personnel, mise en place d'un protocole d'accompagnement par la salle et d'un règlement de fonctionnement aux items définis très précisément par le cahier des charges, équipe en place, partenariats et conventionnement, création d'un comité de pilotage et d'un comité opérationnel, procédure d'évaluation...).

B. LA QUESTION DE LA RESPONSABILITÉ PÉNALE EN LIEN AVEC LA SCMR ⁽²⁾

1. La responsabilité pénale des usagers de la salle de consommation

La loi a prévu une immunité pénale pour les usagers des salles de consommation à moindre risque limitée aux faits d'usage et de détention pour usage commis dans l'enceinte des salles. Aussi, aux abords de la structure réglementée, seules les personnes fréquentant les salles de consommation pourront bénéficier, non d'une extension d'immunité pénale, mais d'une politique pénale adaptée tenant compte de l'objectif de réduction des risques poursuivi.

(1) *Les magistrats ont estimé que l'installation de cette salle de consommation de drogues ne serait pas conforme juridiquement à la loi de 1970 sur les stupéfiants, qui interdit tout usage de drogue.*

(2) *Circulaire du 13 juillet 2016 de politique pénale relative à l'ouverture des premières salles de consommation à moindre risque, espace de réduction des risques par usage supervisé.*

Dans cette optique, les consommateurs détenant une quantité de stupéfiants correspondant à un usage personnel devront fournir tout élément d'information permettant d'établir qu'ils sont accueillis dans la salle de consommation à moindre risque.

2. La responsabilité pénale des intervenants médico-sociaux

La loi a introduit une immunité pénale des intervenants médico-sociaux qui est limitée aux faits de complicité d'usage illicite et de facilitation de l'usage illicite de stupéfiants. La loi a également prévu une immunité pour les personnes intervenant dans le cadre de la politique de prévention des risques. Cette immunité n'exclut pas qu'en cas d'accident consécutif à une consommation de substances psychoactives effectuée dans une salle de consommation, des enquêtes ou informations judiciaires puissent être ouvertes en recherche des causes de la mort ou du chef de blessures ou homicide involontaires, à l'instar du régime de droit commun applicable en matière d'accident lié au fonctionnement d'une structure médicale ou médico-sociale.

En ce qui concerne les règles de fonctionnement à l'intérieur de la salle prévues dans le cahier des charges adopté par arrêté de la ministre de la santé, il convient notamment de relever qu'au moment de l'accueil, l'utilisateur doit énoncer et présenter à l'intervenant le produit qu'il souhaite consommer afin de prévenir le risque d'offre ou de cession au sein des salles réglementées.

Le personnel de la salle de consommation ne peut effectuer sur place l'analyse de produits pour le compte de l'utilisateur avant sa consommation.

Enfin, si les intervenants médico-sociaux supervisent les gestes de consommation, en aucun cas ils ne peuvent participer activement aux gestes de consommation. Les enquêtes diligentées le cas échéant devront permettre de s'assurer que les personnes physiques ont effectivement respecté le cadre de leurs missions telles que définies par la loi.

3. La responsabilité pénale des associations en qualité de personne morale

En application de **l'article 121-3 du code pénal**, en cas d'infraction d'imprudence imputable à une personne physique, en l'espèce un intervenant médico-social n'ayant pas causé directement le dommage mais qui a créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'a pas pris les mesures permettant de l'éviter, la responsabilité de l'association, en qualité de personne morale, pourrait être engagée, sans qu'il soit nécessaire d'établir une faute grave à son encontre.

Les immunités pénales prévues pour les personnes physiques, intervenants médico-sociaux (des chefs de complicité d'usage et de facilitation de l'usage illicite), n'excluent pas, en cas de dysfonctionnement de la salle, que la

responsabilité de la personne morale, comme celle des personnes physiques, puisse être engagée notamment des chefs de blessures involontaires ou d'homicide involontaire.

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) chargés du fonctionnement des salles de consommation sont désignés par arrêté du ministre des affaires sociales et de la santé.

C. LES MODALITÉS DE GESTION DE LA SCMR PAR L'ASSOCIATION GAÏA

Issue d'un projet de Médecins du Monde dans le domaine de la réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues⁽¹⁾, Gaïa-Paris est une association qui gère depuis 2006 deux établissements médico-sociaux agréés et financés par l'Agence régionale de santé : un centre de soins d'accueil et de prévention en addictologie (CSAPA), et un centre d'accueil, d'accompagnement et de réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD).

L'arrêté ministériel du 25 mars 2016 désigne l'association Gaïa pour mettre en œuvre l'expérimentation à Paris.

Un espace adapté situé dans l'enceinte de l'hôpital Lariboisière (dit « espace Gaïa »), avec une entrée indépendante, a été proposé à la location par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris à l'hiver 2015.

1. Le financement de l'expérimentation

Le cahier des charges approuvé par le décret du 22 mars 2016 prévoit que : « **Le financement de l'expérimentation est assuré, pour la partie État, par le ministère des affaires sociales et de la santé. Les objectifs poursuivis par cette expérimentation s'inscrivent pleinement dans le champ du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) au titre de son intervention de lutte contre les infections VIH/hépatites. Des cofinancements peuvent provenir des collectivités territoriales (notamment pour les locaux et leur maintenance, le matériel et l'équipement), d'associations et de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) qui participe au financement de l'évaluation. La programmation des financements nécessaires est assurée pour toute la durée de l'expérimentation.** »

Le financement de l'installation de la SCMR a été assuré par le département de Paris. Le financement du fonctionnement de la SCMR est assuré par l'assurance maladie par le biais d'une convention tripartite Gaïa-Paris, ARS Île-de-France, CPAM de Paris.

(1) Le premier programme d'échange de seringues français a été créé à Paris en 1989 par Médecins du Monde, dans l'illégalité. Il prend la forme d'une action mobile de proximité et de la mise en place d'automates distributeurs de seringues.

En octobre 2016, année du lancement, les crédits attribués s'élevaient à 463 650 euros. **Pour 2017, en année pleine, l'enveloppe s'élève à 1,24 million d'euros.** À titre comparatif, le budget annuel de fonctionnement de la SCMR strasbourgeoise est de 950 000 euros.

Le budget 2018 a été construit sur la base de 2017, alors que l'activité est amenée à augmenter. Elle est d'ores et déjà supérieure aux prévisions initiales au moment de la mise en œuvre de l'expérimentation.

Le financement de la politique publique de lutte contre la drogue et les conduites addictives

Une grande partie de la prise en charge sanitaire et sociale de la lutte contre la drogue et les conduites addictives relève de l'assurance maladie, laquelle finance notamment les structures médico-sociales du champ. Le dispositif médico-social spécialisé de prévention et de prise en charge des usagers de produits psychoactifs est constitué de deux catégories d'établissements : les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD).

Ces structures d'addictologie sont financées par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social hors-CNSA, dit « *spécifique* ». Le coût de ces dispositifs s'est élevé à 387,46 millions d'euros en 2015 et à 400,79 millions d'euros en 2016. Des crédits supplémentaires ont été délégués en 2017 à hauteur de 1,70 million d'euros soit 7 millions d'euros en année pleine.

Ces crédits sont destinés :

- à renforcer l'offre médico-sociale et à adapter la répartition territoriale des établissements médico-sociaux pour répondre aux besoins de la population en créant des CSAPA, des CAARUD, des antennes de CSAPA, des consultations avancées, des équipes mobiles de CAARUD et en renforçant les équipes existantes ;
- à poursuivre le déploiement des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) VIH en CSAPA et à mettre à disposition les TROD VHC dans les CSAPA ;
- à améliorer l'accessibilité du matériel de réduction des risques et des dommages (RdRD) par la création d'un service d'envoi postal de matériel, en s'appuyant sur les CAARUD ;
- à permettre aux CAARUD d'accroître à la fois qualitativement et quantitativement, l'offre de matériel de réduction des risques et des dommages, afin de diminuer les complications sanitaires rencontrées par les usagers de drogues ;
- à renforcer les moyens des consultations jeunes consommateurs (CJC), afin d'améliorer la prise en charge des jeunes consommateurs ;
- à l'achat de la naloxone (antidote des opiacés) par les CSAPA et les CAARUD, afin qu'ils puissent délivrer gratuitement ce traitement aux usagers identifiés à risque de surdose aux opiacés parmi la file active des usagers qu'ils accueillent ;
- à financer les salles de consommation à moindre risque de Paris et de Strasbourg.

Source : réponse au questionnaire parlementaire.

2. Les modalités de pilotage

Il existe trois types de comité :

– un comité de pilotage national de coordination : il a eu lieu le 2 février 2017 ;

– **un comité de pilotage parisien**. Celui-ci est co-piloté par la maire de Paris, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) Île-de-France et le chef de projet de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Il a pour mission de vérifier **la conformité de la mise en place de l'expérimentation au contenu du cahier des charges et d'accompagner l'adaptation du projet aux réalités locales**. Le comité parisien s'est réuni trois fois depuis l'ouverture.

– un comité de voisinage, permettant de réunir l'ensemble des acteurs concernés y compris les associations de riverains. Il s'est réuni cinq fois depuis l'ouverture.

À ces trois structures principales de pilotage s'ajoute **un comité de suivi technique** toutes les six semaines et un groupe de travail sur la communication.

II. BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA SCMR

A. L'ACTIVITÉ DE LA SALLE DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE

1. Les services proposés aux consommateurs

La SCMR est ouverte aux personnes majeures usagères de drogues par voie intraveineuse. Par conséquent, les consommateurs de crack non injecteurs n'y sont pas reçus s'ils ne sont pas par ailleurs des injecteurs. La salle est ouverte **7 jours sur 7, de 13 h 30 à 20 h 30**. L'équipe médico-sociale est pluridisciplinaire : elle est composée d'éducateurs, d'assistants sociaux, de médecins, et d'infirmiers. La salle ne fournit aucune drogue.

Les services proposés par la SCMR sont les suivants :

- Possibilité de consommer par voie intraveineuse et inhalée ;
- Accueil, écoute, accompagnement social, médical, psychiatrique ;
- Délivrance de matériel stérile à usage personnel ;
- Récupération de matériel usagé ;
- Auriculothérapie ;
- Consultations sociales, infirmières et médicales ;
- Soins primaires ;
- Conseil pour une consommation de drogues à moindre risque ;
- Dépistages des hépatites et du VIH ;
- Examen hépatique par Fibroscan®⁽¹⁾.

Le lieu s'organise en trois espaces distincts :

- **Accueil** : attente et entretiens d'inclusion dans le dispositif ;
- **Consommation** : avec douze postes pour l'injection et quatre postes pour l'inhalation ;
- **Repos** : entretiens avec des professionnels et pause après la consommation. Comprend des bureaux de consultation sociale et médicale.

2. Les premiers résultats d'activité

a. Bilan mars 2017

Dans un communiqué de presse du mardi 21 mars 2017, la mairie de Paris a dressé un premier bilan à la suite du comité de pilotage de l'espace Gaïa qui s'est déroulé sous l'égide de la Ville de Paris, de l'ARS Île-de-France et de la préfecture de la région. Ce communiqué souligne « *la pertinence et l'efficacité de ce dispositif* », qui a abouti à **réduire de 60 % le nombre de seringues dans l'espace public** autour de la salle de shoot : rue de Maubeuge, ce décompte s'est élevé à un total de 1 078 seringues sur les six mois ayant précédé l'ouverture, d'avril à septembre 2016. Il n'était plus que de 385 seringues d'octobre 2016 au 15 mars 2017 – soit une diminution de plus de 60 %. La baisse mesurée par JC Decaux dans les sanisettes du quartier est quant à elle de 44 %, selon le même communiqué.

En mars 2017, l'espace Gaïa a enregistré depuis l'ouverture 24 200 passages pour 550 usagers inscrits, avec une moyenne journalière de 180 passages.

(1) L'examen par FibroScan® est une technique qui permet de déterminer l'évolution de l'état de santé du foie. Le résultat est délivré immédiatement, et permet au médecin de faire un diagnostic et un suivi, indépendamment des traitements ou facteurs périphériques.

b. Dernier bilan (juillet/septembre 2017)

Selon le rapport d'activité à huit mois, la file active ⁽¹⁾ s'élève à 763 personnes. Le nombre moyen de passages par jour à la SCMR a rapidement évolué à la hausse : de 65 personnes le premier jour à 180 le deuxième mois, il varie désormais entre 190 et 220 passages par jour. Le nombre de consommations totales s'élève à 40 790. **Les deux tiers des consommateurs viennent quotidiennement.**

Il s'agit d'une activité maximale dans la configuration actuelle, au regard des locaux, des amplitudes horaires et des équipes.

Le profil des consommateurs : ce sont majoritairement des hommes (87 %) dont l'âge médian est de 38 ans, sans domicile ou en domicile précaire (58 %). 48 % des consommateurs n'ont aucun revenu, et 28 % vivent du RSA. Les deux drogues les plus largement consommées sont des drogues de rue, peu coûteuses : le skénan (médicament détourné de son usage à base de dérivé morphinique) et le crack. Lors du déplacement de la Rapporteuse spéciale, il lui a été également indiqué que de nombreux consommateurs faisaient l'objet d'incarcérations régulières, notamment pour usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants.

3. Des résultats à confirmer

La France est le dixième pays à ouvrir des SCMR. Il semble que les résultats en matière de santé publique constatés à l'étranger aient été toujours positifs selon les évaluations disponibles à ce jour.

Depuis l'ouverture, la salle a fait face à onze surdoses avec appel des urgences et dix-sept surdoses où un monitoring en salle de repos a suffi. Aucun décès ni accident médical grave n'est à déplorer. **D'un point de vue strictement lexical, le bilan serait globalement positif**, l'encadrement médico-social ayant permis de limiter les risques sanitaires liés à la prise de drogue. Par ailleurs, comme décrit précédemment, la salle a permis de réduire l'usage de drogue sur la voie publique. La salle sauvage « à ciel ouvert » dans le quartier de gare du Nord n'existe plus, ce qui explique que **90 % des usagers actuels de la SCMR avaient été repérés préalablement à l'ouverture de la salle dans le cadre de l'étude préalable sur la zone d'implantation.**

Par ailleurs, la salle de consommation à moindre risque s'inscrit dans un cadre plus large de suivi des usagers de drogue, et ne constitue que l'un des dispositifs à leur disposition. Ainsi, seulement 10 % des usagers de la SCMR ne sont pas connus du CAARUD ⁽²⁾ de Paris, et 48 % des consommateurs sur la période font l'objet d'un suivi addictologique. Seuls 27 % des consommateurs enregistrés à la salle ne feraient l'objet d'aucun suivi d'ordre médical ou social.

(1) Nombre d'usagers ayant été inscrits à la SCMR et ayant été utilisateurs au moins une fois.

(2) Centres d'accueil, d'accompagnement et de réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD).

La salle a également permis de développer **une activité médico-sociale et de dépistage**⁽¹⁾, complément essentiel aux objectifs de santé publique portés par la SCMR :

DÉVELOPPEMENT DE L'ACTIVITÉ MÉDICO-SOCIALE DE LA SCMR

Activité médico-sociale et de dépistage	Nombre
Consultations ou actes réalisés par le médecin	238 pour 220 usagers différents
Consultations ou actes réalisés par l'infirmier	267
Dépistages par TROD VIH	50 dont 3 positifs
Dépistages par TROD VHC	41 dont 5 positifs
Examens par Fibroskan	26
Orientations médicales ou d'accès aux soins	30 (50 % avec accompagnement physique)
Recours aux urgences de Lariboisière	6
Entretiens sociaux	610 pour 188 usagers différents
Accompagnements physiques à caractère social, judiciaire	74 dont un tiers (25) pour un suivi judiciaire

Source : rapport d'activité intermédiaire de la SCMR de Paris (juin 2017).

Enfin, l'efficacité et la pertinence de ce dispositif ne peuvent s'évaluer qu'à l'aune des **autres structures environnantes dédiées à la réduction des risques, avec lesquelles il s'articule** : permanences de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), dispositifs de proximité (CAARUD, CSAPA, dispositifs mobiles), partenariat avec l'hôpital Fernand Widal (addictologie et vacations en psychiatrie), avec l'hôpital Lariboisière pour les urgences et la réanimation, permanences du Bus dentaire.

En revanche, la structure se limitant à un nombre restreint d'usagers (les deux tiers des consommateurs viennent quotidiennement) devient une entité à microcosme réduit.

Il reste cependant une réelle difficulté à évaluer le nombre de toxicomanes sortis de la dépendance.

(1) Rapport d'activité intermédiaire de la SCMR-juin 2017.

B. LES DIFFICULTÉS DE MISE EN ŒUVRE SUR LE TERRAIN

1. Les réticences des riverains du quartier de la gare du Nord

Le communiqué précité fait également état d'une unique rixe entre usagers de la salle le 26 février 2017, présentée comme ayant été maîtrisée : « *Cet incident a été marqué par une intervention rapide des forces de l'ordre et a fait l'objet d'une instruction étroite par les services de police et les équipes de Gaïa, qui a abouti à la fermeture de la salle une journée et des sanctions individuelles (exclusions des deux usagers impliqués, et ce pour plusieurs semaines), conformément au règlement intérieur de l'Espace Gaïa.* » **Il s'agit du seul incident marquant constaté sur la période.**

Tous les deux mois environ, **un comité de voisinage** réunissant les acteurs de l'expérimentation, les riverains, les partenaires et les associations se tient à la mairie du 10^e arrondissement pour discuter et échanger sur le fonctionnement de la SCMR. Les comptes rendus, à ce jour au nombre de cinq (octobre 2016, novembre 2016, janvier, mars, mai 2017), sont disponibles sur le site de la mairie du 10^e arrondissement. Pour représenter les habitants du quartier, un « collectif des riverains de la salle de shoot quartier gare du nord en colère » s'est constitué, et intervient lors de ces comités de voisinage.

Le compte rendu du dernier comité, en date du 23 mai 2017, fait état comme les précédents d'une réelle **dégradation du quartier** depuis l'installation de la salle de shoot (sur le plan de la sécurité, de la tranquillité et de la propreté), constatée par les habitants du quartier.

À noter que le dispositif s'accompagne d'une **présence policière renforcée** aux abords de la salle visant à provenir les dérives pouvant survenir aux alentours, mais également à prévenir la consommation de stupéfiants sur la voie publique. Cette présence policière ne doit toutefois pas constituer une désincitation auprès des consommateurs, au risque de réduire la fréquentation et donc l'efficacité de la salle. L'équilibre semble difficile à trouver.

Par ailleurs, en fonction de la quantité détenue et des éléments relatifs à l'intention liée à l'acquisition, il appartient de distinguer le simple usage de stupéfiants des trafics de stupéfiants qui risquent de se développer aux abords de la salle.

L'importance de la communication

Dix matinées portes ouvertes ont été organisées par la SCMR et ont accueilli près de 800 personnes. Les responsables de la SCMR précisent que peu de riverains étaient présents. Il s'agissait essentiellement des professionnels du champ de la réduction des risques et du soin en addictologie mais également des professionnels du sanitaire en général et des professionnels de la justice, des étudiants, etc.

2. Le manque de moyens et la nécessité d'étendre l'expérimentation

a. Des effectifs trop peu nombreux

L'équipe médico-sociale de la salle de consommation à moindre risque est pluridisciplinaire. L'équipe est composée, hors agent de médiation, de sept personnes en semaine et cinq personnes le week-end et les jours fériés. Cela représente 16 ETP, auxquels s'ajoutent 6 ETP issus des CAARUD. Les premiers mois de fonctionnement ont montré la nécessité de renforcer le temps infirmier (+ 0,5 ETP soit 28 000 euros de crédits non reconductibles pour 2017). **Si l'état actuel des effectifs permet de gérer le flux, il est insuffisant pour les actions de suivi et peut également engendrer des problèmes de sécurité.**

Le tableau suivant permet d'appréhender l'organisation humaine qui sous-tend le fonctionnement de la SCMR. On y constate une très/trop faible présence médicale au regard des besoins.

ÉTAT DES EFFECTIFS DE LA SCMR (JUN 2017)

	Effectifs exprimés en ETP	
	SCMR effectif actuel*	CAARUD actuel***
Éducateurs/ME	8	2,5
Éducateur dédié maraudes SNCF		1
Médecin	0,5	0,5
IDE	3,5	0
IDE CNR	0,5	0
AS	0	1
Coordinateur	1	1
Agent de médiation	2	0
Administratif	0,5	0
Total	16	6
	* Permanences 7j/7 13h-21h avec un effectif minimum de 5 professionnels + un agent de médiation	*** Maraudes à pieds 5j/7 16h-19h ; 2j/7 10h-13h. Maraudes antenne mobile 2j/7 16h-00h

Source : rapport d'activité intermédiaire de la SCMR de Paris (juin 2017).

Le bon fonctionnement de la salle de consommation à moindre risque est renforcé par **les maraudes de médiation sociale** réalisées dans le quartier environnant et assurées par le personnel de la salle. Elles permettent de réorienter les consommateurs de la rue vers la salle. Depuis octobre 2016, 153 maraudes ont été réalisées en général par un binôme. **Cependant, un tiers des maraudes**

prévues n'ont pu avoir lieu au motif de la montée en charge rapide de la salle nécessitant un renforcement de l'équipe sur le fonctionnement interne.

À noter que la pénibilité physique et psychologique inhérente aux conditions de travail à la SCMR entraîne un important renouvellement de personnel : la salle a subi six départs de personnel sur seize en un an.

Recommandation

Pour assurer les missions inscrites dans le cahier des charges, dans des conditions de sécurité garanties et de travail attractives pour l'équipe et ce dans la durée (horaires décalés, répétitivité des tâches, risque d'épuisement, attention constante et pression des riverains, etc.), tout en tenant des profils et des demandes des usagers, **un renforcement de l'équipe apparaît nécessaire**. Celle-ci devrait être composée, a minima et 7 jours/7, de deux personnes en salle d'accueil, de deux personnes (dont un infirmier) en espace de consommation, de deux personnes en espace de repos et d'une personne intervenant en tant que de besoin dans l'un des trois espaces. De plus, au regard de la nécessaire acceptabilité de la SCMR dans son environnement, il a été décidé **le renforcement des maraudes de médiation sociale pour atteindre une fréquence quotidienne** (7 jours sur 7 et 3 heures par jour). Cette nouvelle exigence renforce d'autant la nécessité d'un effectif renforcé.

b. La nécessité de poursuivre le bilan

Le bilan précis de cette expérimentation devra, bien évidemment, évaluer les impacts sur les territoires et par là même le choix du lieu de l'implantation, mais également, l'existence de mesures d'accompagnement des toxicomanes vers des services d'addictologie. L'état des lieux qui sera établi devra intégrer l'existence de phénomènes nouveaux ou de changements intervenus autour de la salle et par conséquent les nouvelles dépenses en résultant.

EXAMEN EN COMMISSION

Après l'audition de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la Santé (voir le compte rendu de la commission élargie du 7 novembre 2017 à 21 heures⁽¹⁾), la commission examine les crédits de la mission Santé.

*Malgré l'avis défavorable de Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale, la commission **adopte** les crédits de la mission Santé.*

Après l'article 62

La commission examine l'amendement II-CF357 de M. Julien Aubert.

M. Thibault Bazin. Le précédent gouvernement a supprimé en 2012 deux dispositions importantes du dispositif de l'aide médicale de l'État (AME) pour les étrangers, qui participait à sa bonne gestion. Il s'agit d'une part du droit annuel forfaitaire de 30 euros, dit droit de timbre, qui en conditionnait le bénéfice pour les majeurs. Gérald Darmanin, lui-même, avait indiqué en 2014 « que le problème n'était pas l'AME mais la suppression du droit de timbre. C'est le principe que même quand on est dans le besoin on doit contribuer ». D'autre part, la procédure d'agrément préalable pour les soins hospitaliers les plus coûteux a aussi été supprimée. Or, il n'y a pas de contrôle des ressources des bénéficiaires, une simple attestation sur l'honneur étant demandée. Pour des raisons éthiques et sanitaires, il faudrait remplacer l'AME par une aide médicale d'urgence. Nous ne voulons priver personne de soins mais il faudrait rétablir ces deux dispositifs qui responsabilisent la consommation de soins.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. J'insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas d'un amendement de suppression de l'AME mais que l'objectif est de rétablir des dispositions qui ont existé. Quand on voit les sommes importantes qui sont consacrées à l'AME, cela est indispensable. Je suis favorable à cet amendement dont je suis cosignataire.

M. Jean-Louis Touraine. Cet amendement risque de conduire à un report de l'accès aux soins pour les personnes les plus en difficulté. Avant 2012, on a pu constater que les soins étaient plus tardifs et effectués en milieu hospitalier. S'y ajoute le risque de contamination accru dans le cas de pathologies infectieuses transmissibles. Ces résultats désastreux en termes de coût et de santé publique avaient conduits à leur abrogation.

Mme Marie-Christine Dalloz. Vous raisonnez en termes de coûts en comparant celui de l'AME avant 2012 et son montant d'aujourd'hui. Au regard de la progression de cette ligne budgétaire on doit se poser des questions. Mais surtout, comment peut-on admettre que des Français en situation régulière soient obligés de payer un reste à charge en matière de santé, alors que d'autres personnes en situation irrégulière ont gratuitement accès à tous les soins. Cela va contre l'équité. Il faut mettre en place sur ce sujet une politique cohérente.

(1) http://www.assemblee-nationale.fr/15/budget/plf2018/commissions_elargies/

Mme Émilie Cariou, Présidente. Mme la ministre a bien précisé que l'AME n'ouvrirait pas un accès gratuit à tous les soins mais à un panier de soins bien défini.

Mme Amélie de Montchalin. Le groupe La République en Marche votera contre cet amendement. Rétablir le droit de timbre va aboutir un report de la demande de soins pour finalement un coût médical qui sera plus élevé. Il est essentiel que le panier de soins auquel la ministre a fait référence soit accessible à tous ceux qui en ont besoin, sans délai, dans l'intérêt de tous sur le territoire.

M. Michel Lauzanna. Des personnes contagieuses, si elles ne sont pas soignées peuvent constituer un risque pour l'ensemble de la population qui peut donc contribuer pour que ces personnes puissent être traitées.

M. Thibault Bazin. Personne dans notre groupe ne souhaite que des personnes demeurent sans soins. Nous recherchons un système efficace et qui responsabilise les malades. S'en tenir à une déclaration sur l'honneur des ressources du bénéficiaire de l'AME comme c'est le cas aujourd'hui, empêche tout contrôle. Grâce à la dispense d'avance de frais, des patients à l'AME ne connaissent aucune restriction d'accès à la consommation des soins. Nous proposons une réforme de l'AME pas sa suppression.

Amélie de Montchalin. Quand l'accès aux soins est conditionné au paiement d'un droit annuel, on constate que les patients qui ne sont pas en mesure de payer, renoncent à se soigner. Leur prise en charge est finalement plus coûteuse car elle est plus tardive et cette situation n'est pas sans danger en termes de santé publique.

La commission rejette l'amendement II-CF357.

La commission examine l'amendement II-CF402 de Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Cet amendement demande la remise d'un rapport analysant les raisons de l'évolution des dépenses au titre de l'AME. Les crédits du programme *Protection maladie* ont augmenté de façon particulièrement marquée ces dernières années en raison du coût de l'AME. On dépasse aujourd'hui le milliard d'euros si l'on prend en compte les soins urgents financés par l'assurance maladie, l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière de Mayotte et les personnes qui restent sur le territoire après le rejet de leur demande d'asile. Ces crédits sont chaque année sous-évalués. On ne peut laisser dériver les comptes de ce système généreux sans au moins en comprendre les raisons.

Les seuls crédits dédiés à l'AME augmentent, de plus de 109 millions en 2018, alors même que le nombre des bénéficiaires diminue au dernier trimestre. La direction de la sécurité sociale dont j'ai rencontré les représentants, n'est pas en mesure d'expliquer cette baisse. Nous avons besoin d'une étude sur ce sujet.

Mme Amélie de Montchalin. Un rapport peut toujours être utile, mais la ministre n'a pas cherché pas à cacher des éléments, les données figurent dans les documents budgétaires et vous avez accès en tant que rapporteure spéciale aux informations que vous souhaitez. Comme cela vient d'être dit, la diminution du nombre de bénéficiaires intervient après une forte hausse et le budget est, en réalité, maîtrisé. Le contrôle de ces questions relève des missions des rapporteurs spéciaux.

M. Jean-Louis Touraine. L'augmentation des coûts est proportionnelle à celle des bénéficiaires qui sont passés entre 2003 et 2016, de 180 000 à 311 000. Leur diminution des derniers mois laisse penser qu'il n'y aura pas d'envolée des demandes. Le coût fluctue en fonction du nombre de bénéficiaires et pour chacun d'entre eux reste constant. Nous n'avons pas besoin d'un nouveau rapport.

M. Thibault Bazin. Nous avons passé une grande partie de la réunion de commission élargie à discuter de l'AME. Soutenir cet amendement nous permettra de repartir d'un bilan partagé.

Mme Émilie Cariou, présidente. Nous avons abordé bien d'autres sujets importants au cours de notre réunion.

Mme Véronique Louwagie. Notre interrogation n'est pas polémique, elle relève de notre devoir de contrôle de l'action du Gouvernement car nous n'avons pas toutes les explications sur l'évolution des bénéficiaires de l'AME et de ses coûts.

Mme Amélie de Montchalin. C'est bien le rôle des rapporteurs spéciaux que de travailler en bonne intelligence avec l'administration et le ministre pour établir des constats qui pourront être partagés. Le rapport spécial est le bon outil pour effectuer ce suivi.

La commission rejette l'amendement II-CF 402.

La commission examine l'amendement II-CE 75 de Mme Ericka Bareigts.

Mme Ericka Bareigts. Cet amendement demande à ce qu'un rapport soit élaboré sur la possibilité de créer un fonds d'indemnisation pour les victimes du dispositif médical implantable de stérilisation définitive Essure. Au moins 2 000 femmes seraient concernées. Elles subissent au quotidien de multiples effets indésirables. Nombreuses sont celles qui ont dû renoncer à leur activité professionnelle et n'ont ainsi plus de revenus. Ces femmes sont en contentieux avec le laboratoire Bayer dans des procédures qui pourront durer de nombreuses années. Par ailleurs, aucun protocole de retrait permettant l'explantation du dispositif n'a été prévu en cas d'échec ou de complications. Son retrait impose une intervention chirurgicale lourde. Comme pour les victimes du Mediator et de la Dépakine, elles souhaitent la création d'un fonds d'indemnisation adossé à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), sans préjudice des actions qui peuvent être exercées selon le droit commun.

M. Jean-Louis Touraine. Cette demande d'indemnisation est légitime. Le nickel présent dans ce dispositif peut susciter des allergies ou des intolérances. Faut-il pour autant mettre en place un processus d'indemnisation dérogatoire ? Aujourd'hui les fonds spécifiques sont créés en cas de faute des pouvoirs publics, d'indemnisations de très grande ampleur ou de risque de défaut d'indemnisation. Il faut éviter de multiplier les fonds difficiles à calibrer car on ne connaît pas le nombre des victimes au moment de leur création, mais au contraire mutualiser le risque en cas d'accident thérapeutique, dans le fonds de droit commun sachant que l'indemnisation sera la même.

Mme Ericka Bareigts. Les procédures contentieuses sont extrêmement longues. Mettre en place une indemnisation par un fond permet qu'il soit activé rapidement et qu'ensuite l'État se retourne vers les responsables.

M. Jean-Louis Touraine. Pour ajouter à ce que vous dites, les femmes avec ce dispositif pâtissent d'un préjudice psychologique lié au risque potentiel qu'il peut présenter pour elles. Cela dit, l'indemnisation par le biais du fonds de l'ONIAM et selon les procédures standards est tout aussi rapide. L'État se retourne ensuite contre les fabricants. Ce résultat peut être obtenu sans création d'un fonds spécifique.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Il est important de faciliter leur parcours d'indemnisation. Un rapport sur la possibilité de créer un fonds permettrait de mesurer le phénomène pour lui apporter la bonne réponse.

Mme Amélie de Montchalin. Il faut, dans un premier temps, s'en tenir au dispositif de droit commun qui permet l'indemnisation et suivre son bon déroulement. Il serait prématuré dès aujourd'hui de créer un fonds spécifique.

Mme Émilie Cariou, présidente. Les femmes subissent souvent des choix aléatoires en matière médicale, on ne peut les laisser sans solution. La ministre saura en séance publique nous fournir les informations nécessaires sur le suivi de ces victimes.

La commission rejette l'amendement II-CE 75.

*

* *

PERSONNES AUDITIONNÉES

Agence nationale de santé publique (ANSP)

- M. François Bourdillon, directeur général
- M. Mili Spahic, directeur de cabinet de santé publique France

Direction générale de la santé

- Mme Anne-Claire Amprou, directrice générale adjointe de la santé
- M. Jérôme Baron, chef de la division des ressources
- Mme Sylvie Dreyfuss, adjointe au chef du bureau « alimentation et nutrition » (EA3)
- M. Patrick Ambroise, adjoint à la sous-directrice santé des populations et prévention des maladies chroniques
- M. Philippe Chiesa, adjoint à la sous-directrice de la stratégie et des ressources

Direction de la Sécurité sociale

- M. Benjamin Voisin, sous-directeur de l'accès aux soins des prestations familiales et des accidents du travail
- Mme Sarah Sauneron, chef de bureau sous-direction de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail
- Mme Chloé Ravouna, rédactrice sous-direction de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail
- M. Clément Lacoïn, chef de bureau sous-direction du financement de la sécurité sociale

Ministère de l'éducation nationale

- Mme Françoise Pétreault, sous-directrice à la direction générale de l'enseignement scolaire
- Mme Véronique Gasté, cheffe de bureau en charge de la santé, de l'action sociale et de la sécurité

Sécurité, prévention, développement économique et de l'emploi

- M. Stéphane Bribard, conseiller en charge de la sécurité, de la prévention, du développement économique et de l'emploi à la mairie du 10e arrondissement

Salles de consommation de drogue à moindre risque (SCMR)

- Mme Déborah Pawlik, conseillère de Paris
- M. Grégoire Bettant, bénévole dans le 10e arrondissement

Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

- M. Jean-Paul Ortiz, président
- M. Luc Duquesnel, président des généralistes