

## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
<b>I.- LES CRÉDITS DE LA SANTÉ POUR 2010.....</b>	<b>6</b>
A. UN BUDGET QUI ACCOMPAGNE LES MUTATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	6
1. Une architecture budgétaire stabilisée.....	6
2. Deux programmes de soutien ciblé à la modernisation du système de santé et à l'accès des plus défavorisés à la protection sociale.....	7
B. LES PRINCIPALES ORIENTATIONS POUR 2010.....	8
1. La transition entre les agences régionales d'hospitalisation et les agences régionales de santé .....	8
2. La médecine générale au cœur de la formation des professionnels de santé.....	11
3. L'accès aux soins de publics défavorisés .....	13
<b>II. – L'IDENTIFICATION ÉLECTRONIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : UNE CONDITION DE LA RÉUSSITE DU PARTAGE DES DONNÉES DE SANTÉ .....</b>	<b>15</b>
A. UNE IDENTIFICATION DE PLUS EN PLUS FINE DES PROFESSIONNELS.....	16
1. La carte de professionnel de santé : une carte d'identité électronique ....	17
a) <i>Des fonctionnalités nombreuses.....</i>	<i>18</i>
b) <i>Une diffusion en progrès.....</i>	<i>19</i>
b) <i>La convergence entre la CPS et la carte ordinale : vers une carte unique .....</i>	<i>20</i>
d) <i>Une carte européenne de professionnel de santé ?.....</i>	<i>22</i>
2. Le répertoire partagé des professionnels de santé : un identifiant unique et pérenne .....	24
a) <i>Un référentiel commun à tous les acteurs de la santé.....</i>	<i>24</i>
b) <i>Un guichet unique pour les professionnels de santé .....</i>	<i>25</i>
c) <i>Le déploiement du RPPS.....</i>	<i>26</i>
B. ... POUR UN PARTAGE DES DONNÉES ENCORE EMBRYONNAIRE.....	27
1. Une interopérabilité en panne.....	27
a) <i>Des applications informatiques cloisonnées.....</i>	<i>27</i>
b) <i>Le défi des établissements de santé .....</i>	<i>29</i>
2. Une gouvernance nouvelle pour reconstruire l'interopérabilité .....	30

<i>a) Une maîtrise d'ouvrage publique unifiée.....</i>	<i>31</i>
<i>b) Le renforcement du pilotage des systèmes d'information de santé.....</i>	<i>32</i>
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION.....</b>	<b>35</b>
<b>I.- AUDITION DU MINISTRE .....</b>	<b>35</b>
<b>II.- EXAMEN DES CREDITS.....</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXE 1 : TABLEAU DES CARTES DE PROFESSIONNEL DE SANTÉ DIFFUSÉES PAR PROFESSION ENTRE 2000 ET 2008.....</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES .....</b>	<b>75</b>

## INTRODUCTION

L'année 2009 a constitué une étape essentielle de la modernisation et l'amélioration de notre système de santé avec l'examen par le Parlement et le vote de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite « HPST »).

En créant notamment les agences régionales de santé (ARS) qui auront la mission d'assurer, à partir de 2010, au niveau territorial un pilotage global des dépenses de santé et médico-sociales, la loi vise à améliorer l'organisation sanitaire du pays. Si la politique de santé publique est très largement financée par l'assurance maladie, grâce aux impôts affectés à la sécurité sociale et aux cotisations des citoyens et des entreprises, la mission « *Santé* » contribue, de façon très ciblée, à sa mise en œuvre.

La mission « *Santé* » comprend pour cela trois programmes : le programme 204 « *Prévention et sécurité sanitaire* », le programme 171 « *Offre de soins et qualité du système de soins* » et le programme 183 « *Protection maladie* » pour un total de 1 181 453 990 euros en autorisations d'engagement et 1 200 902 990 euros en crédits de paiement dans le projet de loi de finances pour 2010.

Le présent avis budgétaire est consacré à l'examen des programmes 171 et 183, le programme 204 faisant l'objet d'un avis séparé.

Aussi, après avoir présenté les principales orientations des crédits de ces deux programmes pour 2010, votre rapporteur pour avis s'est attaché, à examiner un aspect de la politique publique dont ce budget est l'illustration, l'analyse détaillée des crédits relevant de la compétence du rapporteur spécial de la commission des finances.

Son choix s'est porté cette année sur l'identification électronique des professionnels de santé, qui constitue une condition de la réussite du partage des données de santé.

L'article 49 de la loi organique n° 2001-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances fixe au 10 octobre la date butoir pour le retour des réponses aux questionnaires budgétaires.

Votre rapporteur pour avis a demandé que les réponses lui parviennent le 28 septembre 2009. À cette date, **29,7 %** des réponses lui étaient parvenues.

À la date butoir, le taux de réponse était de **91,66 %**.

## I.- LES CRÉDITS DE LA SANTÉ POUR 2010

### A. UN BUDGET QUI ACCOMPAGNE LES MUTATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

#### 1. Une architecture budgétaire stabilisée

Le Parlement a initié en 2008 un important travail de resserrement de l'architecture budgétaire des crédits de la santé. Jusqu'en 2008, les crédits de la santé étaient en effet éparpillés entre cinq programmes au sein de trois missions :

– trois programmes, « *Santé publique et prévention* », « *Drogue et toxicomanie* » et « *Offre de soins et qualité du système de soins* », au sein de la mission « *Santé* » ;

– un programme « *Veille et sécurité sanitaires* » au sein de la mission « *Sécurité sanitaire* » ;

– deux programmes, « *Protection maladie* » et « *Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales* », au sein de la mission « *Solidarité, intégration, égalité des chances* ».

Grâce au regroupement des programmes décidé par le Parlement en loi de finances initiale pour 2009, les crédits de la santé ne sont plus répartis qu'entre deux missions : les trois programmes de la mission « *Santé* » et un quatrième programme, « *Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales* »<sup>1</sup>, au sein de la mission « *Solidarité, insertion et égalité des chances* ».

Cette restructuration des crédits de la santé a permis de réduire significativement le nombre de budgets opérationnels, ce qui a facilité la gestion des crédits depuis le début de l'année 2009. Elle permet, en outre, d'améliorer l'évaluation de la performance en facilitant le renseignement des indicateurs des différents programmes.

Cette architecture n'est pas modifiée par le projet de loi de finances pour 2010. Toutefois, la nomenclature budgétaire a été ajustée afin de tenir compte de la création des agences régionales de santé (ARS) au cours du premier semestre 2010.

Une action n° 18 intitulée « *Politique territoriale de santé* » a ainsi été créée au sein du programme 204 de la mission « *Santé* » afin d'accueillir les dotations dédiées aux ARS, dès que celles-ci seront mises en place. Elle répond à une exigence de simplification de la gestion des crédits : les ARS recevront ainsi une subvention globale au titre des actions de santé publique financées par la

---

(1) Action n° 7 « *Financement des Agences régionales de santé* ».

présente mission, la subvention prévue à l'action n° 3 du programme 171 disparaissant dans le même temps. En 2010, cette action n° 18 est dotée à zéro en loi de finances initiale, la date effective de création des ARS n'étant pas encore précisément connue. Dans cette attente, les agences régionales d'hospitalisation (ARH) sont financées par la mission « *Solidarité, insertion et égalité des chances* ». L'année 2010 correspond, dans ces conditions, à une année de transition.

## 2. Deux programmes de soutien ciblé à la modernisation du système de santé et à l'accès des plus défavorisés à la protection sociale

### *Présentation des crédits par programme et action*

(En euros)

Numéro et intitulé du programme	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertes en LFI pour 2009	Demandées pour 2010	Ouverts en LFI pour 2009	Demandés pour 2010
171 / Offre de soins et qualité du système de soins	124 790 535	124 580 160	124 790 353	124 580 160
01 Niveau et qualité de l'offre de soins	90 965 083	111 390 160	90 965 083	111 390 160
02 Modernisation du système de soins	33 825 270	13 190 000	33 825 270	13 190 000
183 / Protection maladie	540 000 000	585 000 000	540 000 000	585 000 000
01 Accès à la protection maladie complémentaire	0	0	0	0
02 Aide médicale de l'État	490 000 000	535 000 000	490 000 000	535 000 000
03 Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000

Source : projet annuel de performance du ministère de la santé et des sports

- Le programme 171 constitue la participation de l'État à l'organisation d'une offre de soins de qualité. Bien que minoritaires par rapport au financement apporté dans ce domaine par l'assurance-maladie dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, les crédits de ce programme n'en ont pas moins un rôle de grande importance.

Ces crédits assurent en effet principalement le financement des stages extra-hospitaliers dans le cadre des formations médicales des futurs médecins dont

les généralistes, qui constitueront demain le pivot de l'offre de soins de premier recours comme l'envisage la loi dite « HPST ».

Ces crédits concourent également au financement d'opérateurs qui jouent un rôle éminent dans la recherche de l'efficacité et de la performance du système de soins tels que l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH, subvention pour charges de service public prévue en 2010 de 3,42 millions d'euros), le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction des établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux (CNG, 5,18 millions d'euros en 2010). Ce programme finance par ailleurs la contribution de l'État à la Haute Autorité de santé (HAS, 6,23 millions d'euros de l'État en 2010) et au Groupement d'intérêt public – « carte de professionnel de santé » (GIP-CPS) dont les activités et les moyens ont été transférés en octobre dernier à la nouvelle Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé, 770 000 euros en 2010).

- Le programme 183 a vocation à rassembler des dispositifs variés qui assurent un complément à la protection sociale obligatoire. La couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) garantit ainsi un accès à la couverture complémentaire des personnes dont les ressources sont faibles, inférieures à un plafond fixé par décret à 626,75 euros mensuels pour une personne seule en métropole. L'aide médicale d'État (AME) contribue également à l'accès aux soins, au profit des personnes qui ne remplissent pas les conditions d'affiliation à la sécurité sociale, en pratique, les personnes étrangères en situation irrégulière et à faibles ressources. Le plafond pris en compte est identique à celui de la CMUc. Il s'agit d'une prestation à la charge de l'État, dont la gestion est déléguée à l'assurance maladie.

Ce programme prend également en charge l'indemnisation des victimes de l'amiante par le financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), qui garantit à toute victime de l'amiante l'indemnisation intégrale de ses préjudices résultant de l'exposition à ce matériau.

## **B. LES PRINCIPALES ORIENTATIONS POUR 2010**

### **1. La transition entre les agences régionales d'hospitalisation et les agences régionales de santé**

L'année 2010 représente une étape importante de la réorganisation des politiques territoriales de santé avec l'installation des agences régionales de santé (ARS) qui vont se substituer progressivement aux agences régionales d'hospitalisation (ARH).

- Les ARH sont financées par le budget de l'État et des contributions des principaux régimes d'assurance maladie. Le montant global des contributions financières versées aux agences s'élève à 37,7 millions d'euros pour 2009, dont 21 millions d'euros de subventions versées par l'État et 7 millions d'euros de

contributions des régimes d'assurance maladie. Les frais de personnel constituent l'essentiel des dépenses de fonctionnement des agences (77 % environ du budget, pour un effectif global de 406 personnes y compris les 26 directeurs).

L'ordonnance du 24 avril 1996 créant les ARH avait pour ambition d'en faire les véritables pivots de la régulation du système de soins régional. Plus de dix ans après leur mise en place, il apparaît qu'elles se sont imposées comme des interlocuteurs incontournables et légitimes pour les acteurs du système de soins régional, en particulier les établissements de santé publics et privés. Elles ont joué un rôle important d'animation et de pilotage de la politique régionale hospitalière. Elles ont également accompagné des réformes qui touchent tous les aspects de l'organisation des soins hospitaliers, qu'il s'agisse de la réforme de la planification avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS), de la démarche qualité et l'évaluation des pratiques professionnelles, de la nouvelle gouvernance dans les établissements publics ainsi que de la montée en charge de la tarification à l'activité (T2A) qui crée de nouvelles conditions de pilotage budgétaire et financier.

Pour mener à bien ces politiques d'organisation et de qualité de l'offre de soins, l'État, en partenariat avec l'assurance maladie, s'est appuyé sur les contrats d'objectifs conclus pour trois ans entre le ministère de la santé et chaque agence. Passage d'une tutelle administrative « classique » à un pilotage stratégique des opérateurs régionaux, ce processus de contractualisation a ainsi contribué à un pilotage rénové des agences. Il s'est accompagné d'un dialogue de gestion annuel entre les agences et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins donnant lieu à une revue annuelle du contrat. Il ressort notamment de la revue conduite fin 2008 – début 2009 une avancée significative des opérations de recomposition et un renforcement du suivi financier des établissements.

- Les agences régionales de santé (ARS) se substitueront, en 2010, aux ARH. Leur création répond à un double défi. Elle simplifie tout d'abord notre système de santé, en créant une entité régionale unique du service public de la santé se substituant aux multiples organismes actuels (directions départementales des affaires sanitaires et sociales, directions régionales des affaires sanitaires et sociales, agences régionales d'hospitalisation, groupements régionaux de santé publique, caisses régionales d'assurance maladie, unions régionales des caisses d'assurance maladie, missions régionales de santé). Elle ancre également les politiques de santé dans les territoires, en confiant à ces entités des responsabilités nouvelles et des outils innovants pour la conduite des politiques de santé au niveau régional. Cela marque ainsi l'aboutissement de trois décennies de renforcement de la région comme niveau pertinent pour la déclinaison des politiques nationales de santé, tout en redonnant un sens et une unité à l'organisation du niveau régional.

Les ARS rassemblent les forces de l'État et de l'assurance maladie au niveau régional. Elles auront pour mission d'assurer, à l'échelon régional, le pilotage d'ensemble de notre système de santé. Elles seront responsables de la sécurité sanitaire, des actions de prévention menées dans la région, de

l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de la population, y compris dans les structures d'accueil des personnes âgées ou handicapées. Elles garantiront une approche plus cohérente et plus efficace des politiques de santé menées sur un territoire et permettront une plus grande fluidité du parcours de soin, pour répondre aux besoins des patients.

- La création des ARS en 2010 se fera au terme d'une période de préfiguration d'environ cinq à six mois, qui débute en région avec la prise de fonction des responsables préfigureurs nommés le 30 septembre dernier en conseil des ministres.

Cette étape de préfiguration va se diviser en deux grandes phases :

- la première phase est centrée, pendant les trois premiers mois, sur les travaux d'organisation de la future ARS et les consultations sociales. Pendant cette phase, le préfigureur va préparer son projet d'organisation de services, document présentant l'organisation de l'ARS, les effectifs concernés et transférés. Il négociera également les conventions de transfert avec les structures existantes, auxquelles elle succède. L'ensemble de ces documents doit être finalisé pour la fin de l'année 2009, afin que les directeurs des structures existantes puissent engager, dès janvier 2010 la consultation des instances représentatives des personnels de l'État comme de l'assurance maladie.

- la seconde phase, à partir de janvier 2010, doit permettre la mise en place des instances et la montée progressive en régime de l'ARS sur les métiers.

Durant cette seconde phase, le préfigureur installe en premier lieu l'ARS dans son environnement : il prépare la mise en place du conseil de surveillance, il mène les consultations préalables à la constitution des instances de la démocratie sanitaire (conférences régionales de santé et de l'autonomie, conférences de territoires, commissions de coordination), il finalise la méthodologie d'élaboration du projet régional de santé en vue d'une présentation aux premières réunions des instances. Ce calendrier a été confirmé de façon opérationnelle à votre rapporteur pour avis par Mme Cécile Courrèges, directrice générale préfiguratrice de l'ARS de Bourgogne.

Le préfigureur conduira en parallèle la montée en puissance de l'ARS sur les métiers, en constituant son équipe de direction, en élaborant le protocole qui définira ses relations avec les préfets, au niveau départemental comme zonal et en s'assurant du transfert progressif des dossiers vers l'agence.

Par ailleurs et tout en menant ces travaux prioritaires de préfiguration, le responsable préfigureur devra suivre les travaux de continuité de service et poursuivre les contacts avec les futurs partenaires de l'ARS.

Pour l'assister, le responsable pourra s'appuyer, au plan régional, sur une petite équipe de préfiguration, issue des équipes existantes, et qu'il pourra renforcer en recrutant, en fonction de la taille des régions, un à trois



collaborateurs. Au plan national, il pourra compter sur une équipe d'appui au déploiement totalement dédiée, placée auprès du secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales et fonctionnant en lien étroit avec chacune des régions, et qui l'assistera pour la prise de connaissance et l'appropriation des outils préparés par le niveau national (plan de continuité de services, guide de la préfiguration, guides méthodologiques sur l'ensemble des sujets prioritaires, dont la consultation des institutions représentatives du personnel par exemple), et le suivra dans l'avancée des tâches.

L'ensemble de ces tâches devrait donc permettre une création au printemps 2010. Jusqu'à la création effective des ARS, les ARH conservent la plénitude de leurs compétences.

## **2. La médecine générale au cœur de la formation des professionnels de santé**

Les actions de formation initiale des professions médicales et paramédicales sont regroupées au sein de l'action n° 1 « *Niveau et qualité de l'offre de soins* » du programme 171, dotée de 111,4 millions d'euros pour 2010 (contre 90,96 millions en 2009) en autorisations d'engagement et crédits de paiements. Votre rapporteur pour avis est particulièrement attaché à la formation des médecins généralistes car il est persuadé, et l'audition du Professeur Yvon Berland l'a conforté dans cette opinion, que ceux-ci sont appelés à jouer un plus grand rôle dans l'organisation de notre système de soins.

Ces crédits servent à financer notamment :

- les stages extra-hospitaliers, les stages des internes en médecine générale et les indemnités des maîtres de stages,
- l'année-recherche,
- le stage de deuxième cycle des études médicales chez un médecin généraliste agréé mis en place en 2006.

● Les internes en médecine et en pharmacie qui effectuent des stages dans des organismes extra-hospitaliers continuent pendant ces stages à percevoir les émoluments forfaitaires versés par leur centre hospitalier universitaire (CHU). Ces dépenses font alors l'objet d'un remboursement par le budget du ministère chargé de la santé. Selon les mêmes modalités, le ministère rembourse aux CHU les rémunérations versées aux étudiants de troisième cycle de médecine générale, qui effectuent un stage de six mois à temps plein auprès de médecins généralistes agréés. Enfin, ces crédits servent à verser les indemnités ou honoraires pédagogiques des médecins de médecine générale habilités à remplir les fonctions de maître de stage et qui reçoivent des internes en stage.

● Le dispositif de « l'année-recherche » (6,097 millions d'euros pour 2010 contre 6,088 millions en 2009) permet à des internes en médecine,

pharmacie et odontologie d'acquérir, pendant un an, une formation à la recherche dans le cadre d'un master. Chaque année, un arrêté cosigné des ministres chargés de la santé, de l'enseignement supérieur et du budget définit le contingent d'internes susceptible d'acquérir une telle formation.

Les étudiants disposent d'une grande latitude dans le choix de la date de réalisation de l'année-recherche au cours de leur internat mais les années-recherche sont attribuées par promotion d'internat. Cette liberté de choix fait fluctuer l'accomplissement de l'année-recherche selon les régions et les années.

Il est envisagé dès 2010, dans le cadre de la révision des textes relatifs au troisième cycle, d'attribuer ces années-recherche par année universitaire et non plus par promotion, afin de renforcer la traçabilité de ces crédits et permettre aux étudiants de déposer un dossier lorsqu'ils sont prêts.

- Conformément aux orientations du plan de démographie médicale du 25 janvier 2006, les étudiants de première ou de deuxième année de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales effectuent un stage, chez un médecin généraliste agréé, d'une durée de deux mois maximum, sachant que, concrètement, peu d'étudiants le suivront la première année étant donnée la montée en charge progressive du dispositif.

Ce stage d'initiation à la médecine générale a vu sa mise en place se réaliser de façon assez disparate selon les régions, du fait de l'absence de consignes claires. Un nouvel arrêté a donc été élaboré pour modifier l'arrêté du 4 mars 1997 et abroger l'arrêté du 23 novembre 2006. Il a été publié au bulletin officiel du ministère de la santé le 15 août 2009.

Les points essentiels de ce nouveau texte portent sur la définition précise de la durée du stage, le renforcement des objectifs pédagogiques et des conditions de déroulement, la fixation d'un montant clair des honoraires pédagogiques du maître de stage (versés *pro rata temporis* en fonction de la quotité d'accueil de l'étudiant et fixés à 600 euros par mois pour un temps plein ou 300 euros pour un mi-temps, comme pour les internes), et enfin la mise en place d'une indemnité pour perte de ressources professionnelles du maître de stage durant sa formation, limitée à deux journées de formation par maître de stage (équivalent à quinze fois la valeur de la consultation du généraliste, soit un maximum de 660 euros remboursés à l'unité de formation et de recherche pour tout maître de stage nouvellement agréé et formé).

Dans un contexte d'évolution de la démographie médicale connu pour les quinze prochaines années, il s'avère essentiel de développer des stages dans les zones peu denses, en cabinet libéral et au sein de maisons de santé pluridisciplinaires, voire au sein de services d'hospitalisation à domicile.

L'accès de tous les étudiants à un stage dans ce secteur est donc un élément essentiel de leur sensibilisation à la médecine générale, de même que le rôle des lieux de stage dans le choix d'un mode et d'un lieu d'exercice futur.

### **3. L'accès aux soins de publics défavorisés**

- Les crédits de l'action n° 1 « *Accès à la protection maladie complémentaire* » correspondent à la dotation de l'État au Fonds couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), dotation destinée à équilibrer le fonds. Pour 2010, la dotation est de 0 euro car le résultat prévisionnel du fonds est positif. Les recettes du fonds, constituées du seul produit de la contribution due par les organismes complémentaires sur les primes ou cotisations d'assurance de protection complémentaire, devraient en effet s'élever à 1,9 milliard d'euros, le taux de la contribution ayant été porté de 2,5 % à 5,9 % au 1<sup>er</sup> janvier 2009. Dans le même temps, les dépenses du fonds pour 2010 s'élèveraient à 1,8 milliard d'euros.

- Pour 2010, les crédits prévus au titre de l'action AME, qui seront versés à l'assurance maladie, s'élèvent à 535 000 000 euros.

Le principal poste de dépenses de l'action est l'aide médicale « de droit commun » définie par l'article L. 253-2 du code de l'action sociale et des familles, correspondant au montant des ressources avancées par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) pour les soins des bénéficiaires de cette prestation, c'est-à-dire des personnes étrangères en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois de manière ininterrompue. Cette dotation s'élève à 481 millions d'euros pour 2010, en augmentation de 45 millions par rapport au montant retenu en 2009 (+ 10,3%) et correspondant au niveau des dépenses supportées pour cet exercice.

Le deuxième poste de dépenses est une dotation forfaitaire versée par l'État à la CNAMTS au titre des dépenses de soins urgents des étrangers résidant en France en situation irrégulière mais ne justifiant pas d'une résidence ininterrompue depuis plus de trois mois. Compte tenu des dépenses constatées par la CNAMTS à ce titre (68 millions d'euros en 2007, 70,6 millions, 73 millions et 75,6 millions en prévision respectivement pour 2008, 2009 et 2010), le montant du concours forfaitaire de l'État est passé de 20 millions d'euros en 2007 à 40 millions pour 2008. En 2010, le montant de la dotation est maintenu à 40 millions d'euros.

Enfin, le dernier poste de dépenses de cette action regroupe les délégations de crédits pour le remboursement direct et ponctuel de prises en charge exceptionnelles, par la ministre en charge de la santé, de personnes françaises ou étrangères présentes sur le territoire national mais ne résidant pas en France (AME dite « humanitaire ») et pour le paiement des hospitalisations de patients évacués par l'hôpital de Mayotte vers des établissements de santé de la Réunion et de métropole. Le montant des crédits prévus pour 2010 est de 4 millions d'euros pour

l'AME « humanitaire » et de 10 millions d'euros pour les hospitalisations de patients évacués de Mayotte vers la Réunion.

- Les prévisions de dépenses d'indemnisation du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) sont de 591 millions d'euros pour 2010, soit une forte augmentation par rapport à 2009 (+ 42 %). Ce montant correspond au paiement de l'indemnisation pour 12 000 dossiers de victimes, soit le nombre de dossiers par an que le FIVA doit traiter pour rattraper d'ici 2012 le retard de traitement accumulé jusqu'au début de l'année 2009, suite à l'audit réalisé par les inspections générales des affaires sociales et des finances en 2008.

## II. – L'IDENTIFICATION ÉLECTRONIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : UNE CONDITION DE LA RÉUSSITE DU PARTAGE DES DONNÉES DE SANTÉ

« *L'E-santé n'est pas un sujet comme un autre, mais le sujet qui, dans les années à venir, va transformer les pratiques médicales, voire la manière même dont nous concevons la santé* ». Ces propos de la ministre de la santé <sup>(1)</sup> résument une opinion partagée par la plupart des professionnels de santé.

Parce qu'elles permettent de faciliter les pratiques collectives et pluridisciplinaires, de mutualiser les compétences, d'accélérer les échanges et d'améliorer la prise en charge des patients, les technologies de l'information deviennent en effet des outils de plus en plus indispensables pour les professionnels de santé. Ainsi que le rappelle la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui a institué le dossier médical personnel, le partage de l'information médicale a pour but de favoriser la continuité des soins, la coordination des soins et l'amélioration de leur qualité.

Le partage des données entre les différents systèmes d'information de santé permet, en premier lieu, d'accéder à l'historique médical des patients. Les professionnels de santé, disposant d'informations fiables et complètes (antécédents, résultats d'examens, soins en cours ...) sont ainsi en mesure de mieux accomplir leurs missions. Le partage d'informations répond donc à l'objectif de qualité des soins. Ensuite, la connaissance immédiate des informations médicales relatives à un patient est source d'économies, dans la mesure où elle évite les examens redondants. Le partage d'informations répond donc à l'objectif de maîtrise des dépenses de santé.

Cet enjeu s'est renforcé au cours des dernières années à la faveur de deux évolutions, qui ont eu des effets cumulatifs. Les professionnels de santé et les établissements de santé se sont tout d'abord massivement équipés de systèmes d'information. À titre d'exemple, en 2006, 66 % des médecins généralistes utilisaient un logiciel de gestion des dossiers médicaux alors qu'ils n'étaient que 25 % en 2003<sup>(2)</sup>. Cette évolution augmente l'intérêt de partager les informations médicales. On peut aussi constater que pour la prise en charge d'un patient, un professionnel de santé fait de plus en plus appel aux avis des autres membres du corps médical ou s'appuie sur des examens complémentaires fréquents. Cette évolution augmente les besoins de partage d'informations médicales entre les professionnels de santé.

---

(1) *Discours du 9 avril 2009, colloque sur la relance du dossier médical personnel.*

(2) *Rapport d'information n° 35 du 17 octobre 2007 fait au nom de la commission des Finances du Sénat sur le suivi du référé de la Cour des comptes concernant l'interopérabilité des systèmes d'information de santé par Jean-Jacques Jegou.*

Ce sont à toutes ces attentes que devra répondre le dossier médical personnel (DMP) qui a fait l'objet d'un plan de relance en avril dernier et dont une nouvelle version devrait être mise en œuvre à la fin de l'année 2010 comme l'avait précisé la ministre de la santé lors de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 devant la commission des affaires sociales le 20 octobre dernier.

Partager des informations suppose une véritable interopérabilité des systèmes d'informations, que l'on définit généralement comme la capacité, pour un système informatique, d'utiliser les informations produites par un autre système informatique comme les informations produites par lui-même et les mettre à disposition d'autres systèmes informatiques. Dans cette perspective, l'identification des patients, l'identification des professionnels de santé et la normalisation des échanges sont des préalables indispensables à tout partage de données.

Si l'identification des patients est un chantier relativement récent qui devrait permettre de constituer, dès 2010, un Identifiant national de santé conformément aux prescriptions de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL), l'identification des professionnels de santé est un projet qui a débuté il y a plus de quinze ans, avec la création de la carte de professionnel de santé (CPS).

Connaître de façon certaine qui est à l'origine de l'information, c'est-à-dire qui se porte garant de la qualité de celle-ci et qui en est destinataire pour s'assurer de son habilitation à la recevoir est en effet indispensable à tout échange de données. L'identification fiable des professionnels de santé constitue donc une condition incontournable de l'interopérabilité des systèmes d'information de santé.

Si l'identification des professionnels de santé a enregistré de considérables progrès au cours de la dernière décennie, votre rapporteur pour avis a été surpris de constater le développement encore embryonnaire des applications informatiques qui utilisent les identifiants existants.

#### **A. UNE IDENTIFICATION DE PLUS EN PLUS FINE DES PROFESSIONNELS...**

La certification des identités et des qualifications professionnelles au sein des systèmes d'information de santé a été confiée au Groupement d'intérêt public – « carte de professionnel de santé » (GIP-CPS). Le GIP-CPS émet les cartes et certificats électroniques à destination des professionnels de santé et est en charge de la mise en œuvre du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).

### ***Le GIP-CPS***

*Le GIP-CPS a été créé le 28 janvier 1993 par convention constitutive entre pas moins de dix-neuf organismes parmi lesquels l'État, les ordres professionnels, les assurances maladies obligatoires et complémentaires, le Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GSMIH) et la Fédération française des médecins généralistes. L'arrêté interministériel du 28 janvier 1993 portant approbation de la convention constitutive fixait la durée d'existence de cet organisme à quinze ans avec pour principale mission la gestion du dispositif des cartes de professionnel de santé (CPS : cartes de professionnels de santé, CPF : cartes de professionnels en formation, CPE : cartes de personnel d'établissement, CDE : cartes de directeurs d'établissement, CPA : cartes de personnel autorisé).*

*Depuis, l'objet du groupement a été élargi par l'arrêté du 2 mai 2006, à la réalisation de missions d'intérêts commun relatives à la gestion des données des professionnels de santé, et en particulier à la mise en œuvre du répertoire partagé des professionnels de santé. Plus récemment, l'arrêté du 14 mars 2007 a eu pour effet de prolonger l'existence du groupement pour une durée complémentaire de quatre ans.*

*L'Assemblée générale du GIP-CPS, réunie le 20 octobre 2009 en session extraordinaire, a voté la dissolution du groupement et le transfert de son personnel et de ses activités au sein de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé).*

*En 2009, le GIP-CPS disposait d'un budget prévisionnel de 18,8 millions d'euros et des moyens humains équivalents à 73,25 équivalent temps plein.*

*Les coûts de production et de diffusion des cartes de la famille CPS mobilisent l'essentiel du budget. Ces coûts s'élevaient à 14,4 millions d'euros en 2008. Le prix d'abonnement des CPS et des CPE (respectivement 19 euros HT pour les CPS et 17,5 euros HT pour les CPE en 2008) couvre les coûts complets du système CPS : les achats, la production des cartes, les coûts de gestion de l'autorité de certification (personnel et informatique), les études et recherche, le développement des usages et l'assistance téléphonique.*

## **1. La carte de professionnel de santé : une carte d'identité électronique**

Le préambule de la convention constitutive du GIP-CPS voyait dans la carte de professionnel de santé « *l'élément clef de la sécurisation de toute communication électronique dans le domaine de la santé, le complément indispensable de cartes destinées aux usagers du système de soins et de protection sociale et un moyen majeur de sécurisation des informations confidentielles.* »

### ***a) Des fonctionnalités nombreuses***

La carte de professionnel de santé est une carte personnelle d'identification à microprocesseur (« carte à puce ») sécurisant l'accès à des services informatiques et télématiques. S'apparentant concrètement à une carte bancaire, elle nécessite d'être insérée dans un lecteur relié à un ordinateur.

Délivrée par le GIP-CPS, la carte de professionnel de santé contient un certain nombre d'informations relatives au porteur (éléments d'identification, qualifications, situations d'exercice, les situations de facturation du domaine Assurance Maladie Obligatoire) et des certificats d'authentification et de signature. Elle permet ainsi d'assurer :

– l'identification du porteur, grâce à l'identifiant qui distingue le professionnel de santé sans ambiguïté. La carte contient en outre des informations professionnelles le concernant, recueillies auprès des autorités compétentes (État, ordres, organismes d'assurance maladie) ;

– l'authentification du porteur pour les transmissions sécurisées avec l'assurance maladie et entre les professionnels de santé ainsi que, le cas échéant, pour l'accès aux dossiers des patients ;

– la signature électronique des opérations effectuées afin de les valider et de garantir la non-altération des données ;

– ainsi que le chiffrement des échanges pour garantir leur confidentialité.

Depuis 1998, début du programme Sesam-Vitale, la principale fonction des CPS est de signer les feuilles de soins électroniques (FSE) conjointement avec la carte Vitale des assurés sociaux. La base réglementaire est l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale qui précise que dans « *le cas de transmission électronique par les professionnels, organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, l'identification de l'émetteur, son authentification et la sécurisation des échanges sont assurées par une carte électronique individuelle, appelée carte de professionnel de santé.* »

Par ailleurs, le décret publié le 15 mai 2007 (dit décret « confidentialité ») en application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, rend obligatoire l'usage de la carte de professionnel de santé pour accéder à des données de santé confidentielles : « *En cas d'accès par des professionnels de santé aux informations médicales à caractère personnel conservées sur support informatique ou de leur transmission par voie électronique, l'utilisation de la carte de professionnel de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la santé publique est obligatoire.* »



Faisant suite aux recommandations de la CNIL, cette disposition vise principalement les futurs dossiers médicaux personnels et rend donc encore plus aiguë la question de la diffusion de la carte de professionnel de santé.

***b) Une diffusion en progrès***

Fin 2008, le déploiement des cartes de la famille CPS était proche de 640 000, toutes catégories de professionnels de santé confondues. Ce chiffre masque d'importantes disparités entre le secteur libéral et le secteur salarié : si 532 000 cartes ont été diffusées dans le secteur libéral seulement 107 000 l'ont été dans le secteur salarié.

Dans le secteur libéral, la croissance du parc, amorcée en 1999, est restée forte jusqu'à mi-2004 (de l'ordre de 20 % par an) sous l'effet du déploiement du programme Sesam-Vitale. Elle s'est poursuivie à taux plus faible depuis, de l'ordre de 3 % à 4 % par an. La croissance s'est maintenant infléchie, le secteur libéral étant arrivé à saturation (+ 2 % sur 2006/2007 et + 2,5 % sur 2007/2008). Aujourd'hui, 78 % des professionnels libéraux sont équipés d'une CPS, le taux d'équipement atteignant même 85 % chez les médecins généralistes.

La diffusion tend à augmenter significativement pour les professionnels de santé salariés (+ 9 % en 2006/2007 et + 10 % en 2007/2008). À titre d'illustration, le nombre de médecins salariés disposant d'une CPS (hors Service de santé des armées) est passé de 6 770 fin 2006 à 9 228 fin 2008 (+16 % de 2006 à 2007 puis +17 % de 2007 à 2008).

Dans les pharmacies d'officine, on comptait en juin 2009 plus de 29 400 pharmaciens titulaires d'officines et 8 000 pharmaciens adjoints disposant d'une CPS ; 123 000 cartes CPE avaient également été diffusées.

Dans les laboratoires de biologie, plus de 1 000 médecins biologistes et près de 4 800 pharmaciens biologistes disposent d'une CPS. Près de 13 000 CPE ont été par ailleurs diffusées.

Enfin, on comptait en juin 2009 près de 4 400 praticiens hospitaliers (salariés) disposant d'une CPS, ce qui représente moins de 10 % de ces praticiens.

La diffusion des cartes dans les établissements de santé constituera la dernière étape de ce programme et ne pourra être que progressive, répartie sur plusieurs années, pour couvrir les 3 000 établissements de santé.

### **La CPS 3**

*Tout en assurant la continuité avec les applications existantes, la nouvelle carte de professionnel de santé (dénommée « CPS 3 ») doit répondre à de nouveaux objectifs, liés à de nouveaux contextes d'utilisation et de nouveaux usages. Des possibilités de lecture en mode « sans contact » sont notamment ajoutées pour répondre aux contraintes d'utilisation médicale dans les établissements de santé.*

- *Garantir la continuité de service*

*La CPS 3 doit garantir la continuité de fonctionnement dans le cadre des applications existantes, notamment les applications de l'assurance maladie (Sesam-Vitale). Elle doit également permettre l'accomplissement des fonctions d'authentification et de signature dans le cadre des applications métier du domaine de la santé, tant en secteur libéral qu'hospitalier.*

- *S'orienter vers des solutions standard du marché*

*Le logiciel applicatif embarqué sur la CPS 2ter (appelé « masque ») est un logiciel développé spécifiquement pour le GIP-CPS. Le choix a été fait pour la CPS 3 de migrer vers un standard industriel de plus en plus déployé : le standard « IAS ECC »<sup>1</sup>.*

*Cette migration va permettre de :*

*– sécuriser l'approvisionnement en composants : ce standard est présent chez les principaux fournisseurs de cartes à puce ;*

*– réduire les coûts de production industrielle : les investissements seront répartis sur l'ensemble des utilisateurs du standard (passeports électroniques, carte nationale d'identité électronique, ...) ;*

*– faciliter l'intégration de la CPS dans les solutions disponibles auprès des éditeurs : ce standard n'est pas uniquement utilisé dans le secteur de la santé ; il est en particulier intégré dans des solutions génériques de sécurité d'entreprise.*

*Pour tenir compte du contexte métier, la CPS 3 intègre de nouvelles fonctionnalités :*

*– une interface de communication duale « avec » et « sans contact » pour faciliter les usages de la carte dans un contexte de postes de travail partagés (mode « kiosque »).*

*– de nouveaux services applicatifs (lecture/écriture de données sur la carte, authentification simple du support...) qui permettront une meilleure adaptation de la carte aux nouvelles applications.*

### ***b) La convergence entre la CPS et la carte ordinale : vers une carte unique***

Pour les professionnels de santé relevant d'ordres, il est envisagé que la future carte puisse servir de support à la carte délivrée par les ordres, la carte ordinale. La carte ordinale et la CPS sont en, effet, aujourd'hui très proches : la première sert de carte d'identité professionnelle et la seconde d'identifiant électronique.

Le projet de convergence entre la CPS et la carte ordinale a fait l'objet en 2002 d'un protocole d'accord entre les ordres des médecins, des pharmaciens, des

---

*(1) Identification Authentication Signature-European standard European Citizen Card*

chirurgiens dentistes et des sages-femmes, la CNAMTS et le GIP-CPS. Ce projet de convergence présenterait un double avantage : il favoriserait la généralisation d'une carte électronique auprès des médecins (la carte sera délivrée à son titulaire dès son inscription à l'ordre) et permettrait à la carte ordinale de porter les certificats CPS.

La carte présentera sur sa face recto le « visuel » de l'ordre qui l'aura émise, ainsi que la photo du titulaire ; elle portera sur son verso les informations nécessaires à son usage européen ainsi qu'un hologramme (pour éviter les falsifications).

Les bénéfices potentiels de l'usage d'une telle carte sont multiples : carte d'identité professionnelle, elle sera attribuée dès l'inscription à l'ordre et favorisera la mobilité des professionnels de santé grâce à leur reconnaissance par l'ensemble des organismes de gestion et des structures de soins ; support des fonctions de confiance, elle favorisera, par sa généralisation, la sécurité et la confidentialité des données personnelles ; carte unique, elle continuera d'assurer les fonctions de Sesam-Vitale, dans une compatibilité ascendante ; enfin, cette évolution de la carte ordinale est perçue comme positive en termes d'image pour les ordres.

La diffusion de la future carte ordinale-CPS suppose la satisfaction de pré-requis : l'inscription au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), la disponibilité d'une photo du titulaire, la signature par le professionnel de santé du protocole d'usage de la CPS et la mise en place d'un nouveau circuit de distribution des cartes.

Le déploiement de la nouvelle carte déterminera un accroissement important du parc de cartes par rapport à la diffusion actuelle de la CPS. Pour l'ensemble du parc, la cible est estimée à 920 000 cartes (contre 640 000 actuellement), dont 370 000 pour les quatre ordres aujourd'hui impliqués dans le projet. Les hypothèses actuelles de calendrier de déploiement de la nouvelle carte prévoient une diffusion progressive à partir de 2010 pour les pharmaciens (plus avancés sur le RPPS) et à partir de 2011 pour les médecins, les chirurgiens dentistes et les sages-femmes. Les autres ordres seront concernés plus tard.

Les travaux préparatoires à la mise en œuvre de la convergence entre la carte ordinale et la CPS ont entamé une réflexion spécifique sur trois thèmes :

- *Les adaptations à prévoir pour un usage multi-sites et multi-applicatif*

La carte devra pouvoir être utilisée par les professionnels de santé dans leurs diverses activités et déplacements. Ceci demande une évolution du système CPS, conçu à l'origine pour un usage sédentaire (le poste de travail fixe du médecin libéral en cabinet) pour Sesam-Vitale.

- *L'alternative de la carte d'établissement multi-services à l'hôpital*

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires rendant possible l'utilisation de « dispositifs équivalents »<sup>(1)</sup> à la CPS, certains établissements pourront opter pour l'usage d'une carte d'établissement multi-services (carte d'agent, d'accès à des locaux...) utilisée également pour sécuriser l'accès aux systèmes d'information et aux données personnelles. Dans cette situation, les praticiens de l'établissement pourraient être amenés à utiliser cette carte plutôt que leur carte ordinale. Votre rapporteur pour avis s'interroge sur l'opportunité de la coexistence de deux types de cartes alors que l'objectif est d'arriver à un identifiant électronique unique. En tout état de cause, cette perspective doit être précisée et discutée avec les ordres.

- *Les coûts et les modalités de financement*

Compte tenu des économies d'échelles liées à la convergence vers un support unique et à l'augmentation importante du parc de cartes, les coûts du dispositif devraient être contenus et le prix de l'abonnement annuel à la CPS réduit. Les études de coûts prévisionnels doivent notamment tenir compte du fait que l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé, qui a repris les missions du GIP-CPS) ne devrait plus être investie, à terme, de la fonction d'émetteur de cartes pour se concentrer sur sa mission d'autorité de certification pour le domaine de la santé.

#### ***d) Une carte européenne de professionnel de santé ?***

- *Une reconnaissance européenne des qualifications professionnelles*

Le projet *HPRO Card*<sup>(2)</sup> a vocation à préparer la carte européenne de professionnel de santé. Il rassemble les autorités compétentes des cinq professions de santé concernées par la directive européenne 2005/36/CE (médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes et infirmiers), lesquelles représentent une dizaine de millions de professionnels de santé. Cette directive favorise l'ouverture des frontières, en apportant la reconnaissance des qualifications professionnelles et l'harmonisation des compétences pour les professions réglementées. Elle présente la carte professionnelle européenne comme un levier important pour la mobilité des professionnels de santé, en facilitant les échanges entre l'État membre d'accueil et l'État membre d'origine.

Reposant sur les cartes existantes dans les pays de l'Union, la carte européenne présente des informations certifiées par les autorités compétentes du secteur de la santé (l'identité du professionnel, sa profession et son autorité compétente). En France, les ordres assurent l'enregistrement des professionnels de

---

(1) L'article 132 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dispose que peuvent être utilisés par les professionnels et les structures de santé des dispositifs équivalents agréés par l'organisme chargé d'émettre la carte de professionnel de santé

(2) *Health professional Card*

santé et leur inscription dans le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). La face européenne figurera au dos des cartes ordinales et de professionnel de santé existantes.

Grâce aux informations portées sur la carte, il sera possible d'interroger l'autorité compétente sur la situation professionnelle du porteur et ses qualifications. Il deviendra également possible de l'authentifier. La carte européenne de professionnel de santé constitue ainsi un élément de sécurité pour le patient et un outil de mobilité pour le professionnel de santé.

- *Une concertation largement engagée*

Dès juin 2006, à la suite de la publication de la directive 2005/36/CE, les ordres professionnels français et leurs homologues européens, ainsi que le ministère de la santé français se sont accordés sur un « visuel » pour la carte européenne de professionnel de santé. Ce visuel a été rendu public à l'occasion d'une réunion au Parlement européen, le 17 octobre 2007.

En février 2008, la Commission européenne a accordé une subvention pour permettre l'étude des conditions de la mise en œuvre de la carte européenne de professionnel de santé. L'étude, portant le nom de *European Health Professional Card – HPRO Card*, est en cours et le rapport final sera remis aux instances européennes à l'automne 2009.

Les travaux menés par le projet ont permis de produire :

- une cartographie des autorités compétentes (au nombre de 2 000 environ) et des cartes de professionnels de santé existantes dans tous les états membres de l'Union européenne ;

- un modèle de système d'information favorisant les échanges en matière de qualifications professionnelles et spécifiant les fonctions d'authentification et de gestion des droits d'accès dans les applications du système d'information de santé européen ;

- des « démonstrateurs », réalisés notamment avec l'Allemagne, la Belgique, l'Espagne et la France, vérifiant les conditions d'interopérabilité des cartes à puce et systèmes d'information associés existants ;

- un site Internet en cinq langues et des lettres électroniques (diffusées à 900 contacts).

En raison de la diversité des situations nationales, l'étude a nécessité de rencontrer les autorités professionnelles de chaque pays pour produire une cartographie précise.

- *Les avancées enregistrées par la présidence française*

La conférence du 28 novembre 2008 qui s'est tenue à Paris, sous l'égide de la Présidence française de l'Union Européenne, avec le soutien de la Commission européenne et sous le haut patronage de la ministre de la santé et des sports, a rassemblé 210 participants de 24 pays différents.

L'inscription du projet *HPRO Card* au programme de la Présidence française de l'Union a nettement renforcé sa crédibilité auprès de tous ses interlocuteurs : partenaires institutionnels et professionnels, membres du Parlement européen, représentants de la Commission européenne, industriels...

HPRO Card compte désormais parmi les projets de système d'information de santé européen majeurs financés par la Commission européenne. Il se présente comme complémentaire des autres projets d'*E-santé* européens (17 réunions), avec lesquelles des coopérations existent. *HPRO Card* a été présenté dans des manifestations de portée européenne parmi les majeures : eHealth2009 (Prague, février 2009), Medtel (Luxembourg, avril 2009), HIT et Pharmagora (Paris, mai 2009), Eurosmart (Bruxelles, juin 2009), CNRS/CERSA (Paris, juin 2009).

En juillet 2009 la direction du projet répond aux sollicitations de ses partenaires et des instances européennes en préparant un projet de mise en œuvre sur les trois années à venir. Ce projet a été remis à la Commission européenne le 26 octobre dernier (appel à projets – 7<sup>ème</sup> PCRD – ICT n°5).

## **2. Le répertoire partagé des professionnels de santé : un identifiant unique et pérenne**

### *a) Un référentiel commun à tous les acteurs de la santé*

La décision de lancer le répertoire partagé des professionnels de santé fait suite au rapport de 2002 du Professeur Yvon Berland<sup>(1)</sup>. Selon les sources de données, il existe en effet des écarts importants d'effectifs des professionnels de santé, faisant apparaître l'impossibilité d'identifier et de dénombrer correctement cette population. Il n'existe en outre aucun identifiant de professionnel partagé pour faciliter un travail de rapprochement et de comparaison des sources de données. Les sources de données sont les suivantes :

– *Le répertoire ADELI*<sup>(2)</sup> : il répertorie les professionnels à leur entrée dans la profession lors de l'enregistrement du diplôme. Il répondait, à l'origine, à la nécessité d'automatiser les listes de publicité annuelle en mairie des médecins et professionnels, dont l'enregistrement est assuré par les directions départementales et régionales de l'action sanitaire et sociale. Un numéro ADELI départemental est attribué au professionnel à l'occasion de cet enregistrement et, par la suite, les

---

(1) Rapport de la mission « Démographie des professions de santé » présenté par le Pr. Yvon Berland, novembre 2002.

(2) Automatisation des listes.

changements de situation sont relativement bien connus pour les libéraux, mais très peu pour les salariés.

– *Les répertoires des ordres professionnels* présentent des caractéristiques similaires à celles du répertoire ADELI. Ils présentent néanmoins l'inconvénient de n'enregistrer que le droit d'exercer et non le suivi fin des activités des professionnels inscrits.

– *Le Fichier national des professions de santé de l'assurance-maladie* répertorie et identifie par un numéro assurance-maladie les structures d'exercice libéral : cabinets libéraux, officines et laboratoires. Les professionnels de santé sont enregistrés mais ne sont pas identifiés en tant que tels, ils peuvent éventuellement être répertoriés plusieurs fois s'ils exercent dans plusieurs cabinets.

– *Le Système d'information et de gestion des personnels médicaux hospitaliers (SIGMED)* du Centre national de gestion a pour objet de gérer la carrière des lauréats de concours de Praticien Hospitalier. Un autre identifiant que celui d'ADELI est utilisé.

– *Le répertoire du GIP-CPS*, enfin, recense les porteurs de cartes. Il couvre donc très bien le secteur libéral mais très peu le secteur salarié.

Le rapport Berland précité fixait trois objectifs au RPPS :

– l'amélioration de la qualité et de la fiabilité des informations disponibles ;

– la simplification des démarches administratives et des procédures parallèles ;

– l'amélioration de la connaissance de la démographie des professions de santé.

En juin 2003, le ministre de la santé, Jean-François Mattéi, a confié la mise en œuvre du RPPS au GIP-CPS.

### ***b) Un guichet unique pour les professionnels de santé***

Le RPPS fixe comme principe la règle du guichet unique afin de simplifier les démarches administratives des professionnels de santé. L'ordre professionnel est désormais le guichet principal pour les professionnels ayant l'obligation de s'inscrire à l'ordre tandis que l'État est guichet principal pour les autres professionnels, notamment les médecins et pharmaciens inspecteurs. Par conséquent, l'enregistrement des diplômes auprès des directions départementales de l'action sanitaire et sociale disparaît. Par ailleurs, les professionnels de santé libéraux n'ont plus à présenter leur diplôme et leur certificat d'inscription aux caisses primaires d'assurance maladie pour signer leur conventionnement. Les lieux d'exercice pris en compte sont ceux déclarés à l'ordre. Les pharmaciens

titulaires d'officines n'ont également plus à se déplacer en caisse primaire pour signer leur convention d'adhésion au tiers payant, l'Ordre des pharmaciens se chargeant de la transmission du dossier.

L'ensemble de ces nouvelles dispositions modifie en profondeur les pratiques et procédures actuelles. Elles vont contribuer très fortement à obtenir une vision plus précise, plus fiable et plus exhaustive de l'offre de soins. En effet, l'assurance de la mise à jour du répertoire tient au fait que le processus de partage de l'information est transverse et les processus en aval de l'enregistrement initial (remboursement de l'assurance maladie), dépendent directement de la fraîcheur et de la qualité de l'information fournie. Le RPPS est maintenant inscrit directement dans les processus de production.

### ***c) Le déploiement du RPPS***

Le périmètre actuel du RPPS concerne quatre professions, représentant environ 450 000 professionnels : les médecins (270 000), les chirurgiens-dentistes (62 000), les sages-femmes (93 000) et les pharmaciens (25 000). Les autres professions vont être intégrées progressivement.

Les professions à ordre (infirmiers, pédicures podologues, masseurs kinésithérapeutes) seront intégrées en 2010 ou 2011. Des représentants des ordres participent déjà aux séances de travail et aux comités de suivi RPPS et ont en leur possession toutes les spécifications fonctionnelles et techniques leur permettant de mettre au point leur système d'information.

L'intégration des professions sans ordre, une dizaine, est prévue en 2011. Cela suppose de désigner préalablement un guichet d'enregistrement en remplacement des directions départementales d'action sanitaire et sociale.

Enfin, les étudiants et internes seront également enregistrés à partir de 2011, afin de répondre aux besoins de la réserve sanitaire, prévue par la loi dite « HPST ». L'enregistrement des établissements successifs d'affectation pour les internes participera également à l'amélioration de la connaissance de l'offre de soins puisqu'ils représentent environ 25 000 individus, et participent pleinement à la production de soins à l'hôpital.

Malgré la mise en place du RPPS, la connaissance de l'exercice hospitalier reste médiocre et ne s'améliorera que lorsque les établissements participeront à la mise à jour du RPPS en déclarant par eux-mêmes les embauches et fin de contrats des professionnels de santé. Les modalités de collecte d'information restent à définir entre le Centre national de gestion les agences régionales de santé et les établissements.

Un des premiers objectifs sera de bâtir une base des diplômés certifiée et alimentée directement par les organismes délivrant les diplômes. Ainsi le contrôle des diplômes sera fiabilisé et les individus n'auront plus à présenter systématiquement leurs diplômes. Cette connexion s'établira en 2012, sous



réserve de la mise en place du cadre réglementaire et d'une étude complémentaire avec les ministères de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

***Les services offerts par le Répertoire partagé des professions de santé***

Services en vigueur :

- consultation Internet pour les organismes autorisés
- diffusion des informations au fil de l'eau pour les utilisateurs déclarés
- extractions à la demande
- web services pour l'usage du GIP-CPS pour la fabrication de la CPS

Service à venir :

- consultation grand public : 2010
- échanges avec les systèmes des Agences régionales de Santé pour leurs répertoires régionaux : expérimentation en 2010

**B. ... POUR UN PARTAGE DES DONNÉES ENCORE EMBRYONNAIRE**

**1. Une interopérabilité en panne**

***a) Des applications informatiques cloisonnées***

Au fil de ses auditions, votre rapporteur pour avis a pu constater l'unanimité de ses interlocuteurs sur un point : en dehors de son utilisation par les médecins libéraux pour l'application Sesam-Vitale, la CPS n'est pas utilisée par les professionnels de santé.

Lors de son audition par votre rapporteur pour avis, le président du GIP-CPS, M. Noël Renaudin, a reconnu que les usages de la CPS auxquels on rêvait il y a dix ans ne se sont pas concrétisés. Le partage de données médicales demeure encore embryonnaire. Pour paraphraser la célèbre formule de l'économiste Robert Solow, votre rapporteur pour avis est tenté d'écrire « *Les ordinateurs sont partout, sauf dans les échanges de données de santé.* »

Comme le soulignait le rapport de la Cour des comptes sur l'interopérabilité des systèmes d'information de santé<sup>(1)</sup>, les obstacles à l'interopérabilité ne sont plus aujourd'hui d'ordre technologique. Les technologies de la communication, associées aux évolutions majeures des techniques multimedia, ont en effet provoqué l'émergence de normes et standards qui se sont imposés sous l'influence de la concurrence entre les grands opérateurs au niveau mondial. Les difficultés se situent plutôt au niveau des applications informatiques elles-mêmes, pour des raisons techniques, mais aussi en raison de facteurs sociologiques.

Il existe certes des secteurs capables d'inter opérer en s'appuyant sur les normes et standards du marché. C'est le cas des applicatifs sectoriels où les

---

(1) Rapport d'information n° 35 du Sénat précité.

acteurs disposent d'un langage et de référentiels communs et interviennent dans un univers restreint, conditions qui favorisent le dialogue et l'adoption de standards communs – par exemple dans les domaines spécialisés, comme la cancérologie ou la diabétologie. Tel est également le cas des applicatifs spécialisés qui ont imposé leurs standards, comme Sesam-Vitale, pour la communication des feuilles de soins électroniques.

Cependant, dès l'instant où l'on étend le champ de l'interopérabilité à l'ensemble des acteurs, le potentiel d'interopérabilité permis par les techniques se heurte aux difficultés à assurer une gestion unifiée de l'information sur les structures et à l'absence de normalisation des concepts. Faute d'opérateur unique expressément habilité en la matière, chaque acteur développe son propre système, incapable de communiquer avec les autres.

Le niveau de compatibilité des logiciels informatiques entre les hôpitaux est ainsi faible, les applications informatiques étant encore assez systématiquement « propriétaire » et peu communicantes. Dans le même temps, la communication entre les systèmes d'information de la médecine de ville et ceux des établissements de santé n'est pas organisée. Dès lors, il ne peut y avoir de partage des informations entre tous les acteurs du système de santé, tout au long de l'histoire du patient.

Par ailleurs, l'absence d'identifiant commun du patient constitue un obstacle majeur à l'interopérabilité orientée « patient ». La diversité des systèmes d'identification pouvant, en outre, être génératrice d'ambiguïtés aux conséquences redoutables. Comme nous l'avons déjà évoqué, l'Identifiant national de santé est ainsi une des priorités d'action pour l'année 2010. Il en est de même, mais dans une moindre mesure, de l'identifiant unique des professionnels de santé, un même professionnel disposant, on l'a vu, d'autant de cartes d'identification que de situations différentes d'exercice de sa profession.

L'interopérabilité des systèmes d'information en santé ne peut donc être pleinement satisfaite dans la situation actuelle, en l'absence de référentiels communs et d'unicité des identifiants.

La pratique de l'interopérabilité suppose que les acteurs de santé concernés adoptent une attitude volontariste pour échanger de l'information. Mais l'appréciation par ces derniers du degré d'utilité de l'interopérabilité est à rapprocher du coût qu'ils sont prêts à y consentir et du profit qu'ils en attendent. Il est donc fondamental de créer de la « valeur ajoutée » pour les professionnels de santé comme l'ont indiqué plusieurs personnes entendues par votre rapporteur pour avis. L'exemple à suivre est naturellement celui de Sesam-Vitale qui procure à chaque partie, patient, médecin et assurance-maladie, un intérêt à l'utiliser<sup>1</sup>. Pour

---

<sup>1</sup> Comme le précisait un article du Figaro le 23 octobre dernier, il faut à l'assurance-maladie 10 à 25 jours pour procéder à un remboursement une fois la feuille de soins arrivée, contre 7 jours avec la carte Vitale. Par ailleurs, traiter une feuille papier coûte en moyenne 1,74 euros à l'assurance-maladie, contre 27 centimes pour une feuille de soins électronique. Si le papier disparaissait totalement, cela représenterait plus de 220 millions

les autres utilisations potentielles, le jeu « gagnant-gagnant », entre émetteurs et récepteurs d'information, n'est semble-t-il pas assuré, ni au plan pécuniaire, ni au plan des avantages espérés dans l'exercice de leur activité.

Par ailleurs, le degré de sécurisation des données, qui conditionne en grande partie la confiance des acteurs dans le système, exige de recourir à des technologies dont le coût global ne semble pas totalement appréhendé. Aussi, faute d'application performante et de référentiels communs, les professionnels de santé sont tentés d'utiliser des moyens de transmission, comme les courriers électroniques, qui ne peuvent répondre aux exigences de sécurité que suppose le secret médical. La mise en place de messageries sécurisée est ainsi devenue une des priorités de l'année 2010 pour la nouvelle ASIP Santé.

### ***b) Le défi des établissements de santé***

Pour répondre au défi que représente la généralisation à venir du dossier médical personnel, les établissements de santé doivent faire face à un important investissement dans leurs systèmes d'information.

Ils doivent, tout d'abord, généraliser la CPS, aujourd'hui très peu diffusée en milieu hospitalier. Les raisons de cette faible diffusion sont les suivantes :

– la première, et *a priori* la principale, est l'absence fréquente d'une véritable politique de sécurité des systèmes d'information au sein des établissements et, en corollaire, le faible développement au sein des systèmes d'information hospitaliers des infrastructures de sécurité (annuaires des personnels, gestion personnalisée des habilitations...). En l'absence d'applications pour exploiter les avantages de la CPS, celle-ci présente peu d'intérêt. Par ailleurs, contrairement au secteur libéral, l'utilisation de la CPS des professionnels de santé n'est pas nécessaire pour la facturation des prestations aux organismes d'assurance maladie : l'automatisation des échanges avec l'assurance-maladie ne constitue pas une incitation pour son déploiement ;

– la seconde raison est le caractère mal adapté de la carte actuelle à certains modes de fonctionnement propres à l'hôpital. En effet, la CPS est équipée d'un dispositif de lecture « avec contact » qui nécessite que la carte soit insérée dans le lecteur pendant la durée de l'exécution des traitements. Autant cette formule est bien adaptée au cas des praticiens utilisant en permanence un poste dédié, autant elle est peu pratique dans le cas des postes partagés par plusieurs praticiens ou si ceux-ci doivent utiliser successivement plusieurs postes. Le mode de fonctionnement de la future CPS 3 qui, on l'a vu, devrait intégrer des technologies de lecture « sans contact » devrait permettre de mieux répondre aux exigences des établissements de santé. Par ailleurs, des solutions alternatives à la CPS (notamment certificats logiciels embarqués sur d'autres supports tels que des

clés USB) ont été autorisées, on l'a vu, par la loi dite « HPST » et sont en cours d'expérimentation.

En l'absence d'incitation à utiliser la CPS, les établissements de santé utilisent des procédures d'authentification moins fortes (simple identifiant et mot de passe) qui ne présentent pas les mêmes garanties en termes de sécurité.

Le décret du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales impose l'usage de la CPS pour tout accès aux informations médicales à caractère personnel conservées sur support informatique et pour leur transmission par voie électronique. Cette disposition d'application immédiate, sauf pour les établissements de santé pour lesquels un délai de trois ans avait été prévu, devrait contribuer à la normalisation des dispositifs d'authentification et de signature électronique. Si la généralisation du déploiement de la CPS fait actuellement l'objet d'une importante action d'accompagnement, sous le pilotage de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), mobilisant le Groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers et le GIP-CPS, votre rapporteur pour avis émet néanmoins des doutes sur la mise en conformité des établissements d'ici le 15 mai 2010. Comme l'ont souligné les représentants de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) lors de leur audition, l'expérimentation dans les sites pilotes en 2007-2008 a en effet pris un retard certain et la phase de pré-généralisation a été lancée sans attendre le résultat de ces expérimentations.

Cette action d'accompagnement sera poursuivie par les deux nouvelles entités que sont l'Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé) et l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) auprès des hôpitaux pour l'ingénierie technique (évolutions du système CPS, choix de solutions à déployer) et organisationnelle (conduite de projet, conduite du changement, formation du personnel). Cet accompagnement est également nécessaire auprès des industriels pour obtenir des solutions adaptées au secteur de la santé. Ces deux types d'accompagnement doivent viser la standardisation des produits et l'industrialisation de leur déploiement afin de réduire les coûts et les délais. Ils devraient se traduire, par la publication des guides de référence, la mobilisation d'expertises de sécurité des systèmes d'information dans les régions et la mise en place de procédures de vérification de la conformité des produits aux référentiels.

## **2. Une gouvernance nouvelle pour reconstruire l'interopérabilité**

Pour donner suite aux observations de la Cour des comptes et aux recommandations exprimées dans des rapports parlementaires <sup>(1)</sup>, la ministre de la santé et des sports s'est attachée à la définition d'une stratégie globale et cohérente

---

(1) Rapport d'information n°35 du Sénat précité, Rapport d'information n° 659 de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale sur le dossier médical personnel présenté par Jean-Pierre Door le 29 janvier 2008.

en matière de développement des systèmes d'information de santé, ce dont votre rapporteur pour avis se réjouit.

Les principaux axes de cette stratégie sont aujourd'hui définis et couvrent l'ensemble du domaine désigné sous le nom de « *E-santé* ». Ce thème a fait l'objet d'une communication lors du Conseil des ministres du 5 novembre 2008 et les orientations retenues ont été présentées par la ministre le 9 avril dernier, lors du colloque sur la relance du dossier médical personnel. Le renforcement du pilotage et de la gouvernance des systèmes d'information de santé par l'État constitue un axe prioritaire de cette stratégie.

#### ***a) Une maîtrise d'ouvrage publique unifiée***

L'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé) est le groupement d'intérêt public (GIP) mentionnée à l'article L. 161-36-4-3 du code de la sécurité sociale. Placée sous la tutelle de l'État, elle a été officiellement créée par l'arrêté ministériel du 8 septembre 2009<sup>(1)</sup>, portant approbation de sa convention constitutive.

La mise en place de ce nouvel opérateur de systèmes d'information de santé est issue de la volonté de la ministre de rationaliser et renforcer la maîtrise d'ouvrage publique dans ce domaine<sup>(2)</sup>. À cette fin, un regroupement des diverses structures existantes<sup>(3)</sup> a été opéré pour donner naissance à deux nouvelles agences aux champs de compétence complémentaires : l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé) et l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) des établissements de santé et médico-sociaux.

Votre rapporteur pour avis est persuadé, et l'audition de son directeur, M. Jean-Yves Robin, l'a conforté dans cette opinion, que l'ASIP Santé va jouer rapidement le rôle d'autorité unique forte capable de fixer des objectifs en termes fonctionnels et de mobiliser les acteurs afin de faire émerger des standards.

Comme son nom l'indique explicitement, l'ASIP Santé a ainsi pour objet de favoriser le partage des données de santé en assurant l'interopérabilité et la sécurité des systèmes d'information des différents acteurs concernés. L'agence reprend, sous une autorité et une maîtrise d'ouvrage unique, les missions et les moyens du GIP-DMP, du GIP-CPS et, en partie, du Groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers.

---

(1) Publié au JO du 15 septembre 2009.

(2) La création de l'ASIP Santé était une des mesures recommandées par le rapport Gagneux de relance du DMP (avril 2008), reprise dans le second rapport Gagneux sur la gouvernance des systèmes d'information de santé (mai 2009).

(3) Le regroupement concerne les opérateurs suivants : GIP DMP (dossier médical personnel), GIP CPS (carte de professionnel de santé), GMSIH (groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier), MAINH (mission d'appui à l'investissement hospitalier), MEAH (mission d'expertise et d'audit hospitaliers).

L'ASIP Santé sera responsable de la mise en œuvre du dossier médical personnel et plus généralement de l'interopérabilité et de la sécurité des données de santé partagées. Dans ce cadre, le ministère lui confie la maîtrise d'ouvrage opérationnelle des grands référentiels que sont l'Identifiant national de santé, les répertoires nationaux de professionnels et de structures, les normes et standards d'interopérabilité, les référentiels de sécurité et confidentialité des données de santé. Pour résumer ces actions, son directeur a parlé, lors de son audition par votre rapporteur pour avis, de la construction de « rails » communs à tous les systèmes d'informations, qu'emprunteront les applications installées chez les professionnels de santé. La volonté forte affichée par son directeur de créer ces normes et référentiels communs a été particulièrement appréciée par votre rapporteur pour avis.

L'agence pourra également soutenir financièrement des projets de systèmes d'information, de portée nationale ou régionale, répondant aux objectifs, aux référentiels et bonnes pratiques qu'elle aura définis.

Enfin, l'ASIP Santé participera à la préparation et à l'application des accords ou projets internationaux dans le domaine des systèmes de partage et d'échange de l'information de santé, à la demande du ministre ou des ministres compétents.

L'ANAP apportera, quant à elle, aux établissements de santé et médico-sociaux un appui pour optimiser leurs investissements, moderniser leurs systèmes d'information et leurs procédures (avec le support financier du plan « Hôpital 2012 ») et développer les bonnes pratiques de gestion et d'organisation.

Une attention particulière sera portée à la coordination de ces deux agences <sup>(1)</sup>ainsi qu'à la cohérence de leur tutelle par l'État.

### ***b) Le renforcement du pilotage des systèmes d'information de santé***

Le renforcement du pilotage et de la gouvernance des systèmes d'information de santé a fait l'objet, à la demande de la ministre, d'un rapport de M. Michel Gagneux, inspecteur général des affaires sociales, remis en mai 2009.

Ce rapport formule un ensemble de propositions parmi lesquelles la ministre a d'ores et déjà retenu la création d'une instance nationale de haut niveau, le conseil national des systèmes d'information de santé, qui sera doté de la légitimité et de la compétence nécessaires pour élaborer une stratégie nationale, en définir les priorités et en assurer le suivi, ce dont votre rapporteur pour avis se réjouit.

Par ailleurs, la ministre a confié au secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales la mission d'assurer le pilotage et la coordination des

---

(1) Une convention de coopération entre les deux agences est en cours d'élaboration.

actions en matière de systèmes d'information<sup>(1)</sup>, en liaison avec les caisses d'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)<sup>(2)</sup>. Le secrétaire général s'appuiera sur une « Délégation aux systèmes d'information de santé », issue d'une évolution et d'un renforcement de la Mission pour l'informatisation du système de santé.

Comme la Mission dont elle sera issue, la nouvelle Délégation aux systèmes d'information de santé sera rattachée au secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales. Elle sera constituée au début de l'année 2010 et sera dirigée par un « délégué » dont le recrutement est en préparation.

L'action de la délégation sera recentrée sur des fonctions de pilotage stratégique et de prospective. Elle assurera le secrétariat du Conseil national des systèmes d'information de santé et en préparera les travaux.

Elle aura pour missions :

– l'analyse, la veille et la prospective pour proposer les orientations stratégiques, préparer les travaux et instruire les décisions du Conseil national puis veiller à leur mise en œuvre et, le cas échéant, à leur traduction en règles juridiques ;

– un suivi, un soutien et une coordination des actions publiques en matière de système d'information de santé ; son chef sera le commissaire du Gouvernement auprès de l'ASIP Santé ;

– une concertation avec les autres acteurs des systèmes d'information de santé, professionnels, industriels et représentants des usagers ;

– une présence forte dans les affaires internationales, notamment dans le cadre des projets européens d'« *E-santé* » ;

– une maîtrise d'ouvrage stratégique pour les référentiels d'intérêt national.

Ses effectifs seront composés d'une quinzaine d'agents de haut niveau (ingénieur, administrateur civil, directeur d'hôpital...) et elle disposera de moyens budgétaires lui permettant notamment de conduire des études et de bénéficier de prestations d'assistance externe.

La concentration de l'action de la Délégation aux systèmes d'information de santé sur la stratégie, le pilotage et la coordination, ainsi que le caractère volontairement limité de ses moyens, sont cohérents avec un renforcement des capacités de maîtrise d'ouvrage en systèmes d'information des directions du

---

(1) Lettre de mission de M. Jean-Marie Bertrand du 4 juillet 2008.

(2) Il est établi que le champ des systèmes d'information de santé intègre les systèmes d'information du domaine médico-social.

ministère (direction générale de la santé, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, direction de la sécurité sociale), qui continueront d'assurer le pilotage des projets relevant de leur domaine.

La mise en œuvre de « *l'E-santé* » nécessite une mobilisation accrue de nos moyens intellectuels, financiers et industriels. Au moment où l'on réfléchit à la destination du futur grand emprunt national, votre rapporteur pour avis propose que celui-ci finance un Plan national de développement des systèmes d'information en santé. Ceci permettrait de placer la France comme leader de la télémédecine et du développement des systèmes d'information médicale partagée.



## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### I.- AUDITION DU MINISTRE

*La commission des affaires sociales entend, en commission élargie à l'ensemble des députés, Mme Roselyne Bachelot-Narquin ministre de la santé et des sports, sur les crédits 2010 « Santé et système de soin » de la mission « Santé », au cours de la séance du mercredi 4 novembre 2009.*

**M. le président Didier Migaud.** M. Pierre Méhaignerie, président de la Commission des affaires sociales, et moi-même, sommes heureux de vous accueillir, madame la ministre de la santé. La Commission des finances et celle des affaires sociales sont réunies en commission élargie pour vous entendre sur les crédits de la mission « Santé ». Vous le savez, la réunion en commission élargie vise à favoriser des échanges directs en laissant toute sa place au jeu des questions et des réponses.

Je rends hommage au travail de nos rapporteurs –M. Gérard Bapt, rapporteur spécial de la Commission des finances, M. Rémi Delatte, rapporteur pour avis de la Commission des affaires sociales pour le programme « Santé et système de soins », et Mme Jacqueline Fraysse, rapporteure pour avis de la même commission pour le programme « Prévention et sécurité sanitaire ». La tâche des rapporteurs ne se limite pas à la présentation annuelle des crédits ; tout au long de l'année, ils contrôlent l'emploi de ces crédits et leur bonne exécution, et ils évaluent les politiques publiques. Je les remercie pour ce travail continu et je salue aussi l'exercice par M. Gérard Bapt de ses pouvoirs d'investigation sur pièces et sur place, non pour gêner mais pour éclairer le débat et contribuer à la nécessaire transparence. Cela fut le cas il y a peu encore, et je suis convaincu que vous avez parfaitement compris dans quel esprit ce contrôle s'exerçait, madame la ministre.

J'observe que c'est au titre de la mission « Santé », dont relève l'Établissement public de réponse aux urgences sanitaires, – l'EPRUS –, que sont intervenues, pour la part de l'État, toutes les opérations de financement de la lutte contre le virus de la grippe A (H1N1). Ces opérations ayant été effectuées en gestion, elles n'apparaissent pas dans la présentation des crédits. Il me paraîtrait utile qu'à l'occasion de la présentation des crédits de cette mission vous nous en disiez davantage à ce sujet, madame la ministre. Je ne doute pas que le rapporteur spécial reviendra également sur cette question.

En 2010 seront créées les agences régionales de santé – les ARS –, qui regrouperont au niveau territorial les services déconcentrés de l'État et ceux de l'assurance maladie. Comment cela se traduira-t-il pour le financement par l'État ? Le périmètre de la mission devra-t-il être reconfiguré ?

Enfin, le Président de la République a récemment indiqué qu'il souhaite voir renforcer la lutte contre le cancer, et un nouveau plan Cancer devrait

mobiliser quelque 750 millions d'euros supplémentaires pour la période 2009-2013. Pourriez-vous, madame la ministre, préciser la répartition de ce financement, et en particulier la part respective de l'État et de l'assurance maladie, au vu des résultats déjà obtenus dans la lutte contre cette maladie ?

**M. Gérard Bapt, rapporteur spécial de la Commission des finances pour les crédits de la mission « Santé ».** Mes collègues ayant à disposition, dans mon rapport écrit, la présentation et l'analyse circonstanciée des crédits de la mission « Santé », j'irai droit aux questions à madame la ministre.

Avec une augmentation des crédits qui se situe entre 1 et 2 %, le budget de la mission « Santé » pour 2010 sera un budget de continuité. Il s'élèvera à 1,2 milliard d'euros. Ce budget apparaît étonnamment stable au regard des grands changements qui affectent la mission cette année et qui l'affecteront l'an prochain, que ce soit sur le plan de l'organisation territoriale de la politique de santé avec l'installation des ARS au premier semestre 2010 ou, sur le plan budgétaire, avec les moyens exceptionnels débloqués pour lutter contre la pandémie de grippe A et le lancement du nouveau plan Cancer, qui doit mobiliser 730 millions d'euros supplémentaires pendant la période 2009-2013, un effort qui sera encore essentiellement porté par l'assurance maladie.

Ces remarques liminaires expliquent pourquoi je vous interrogerai, madame la ministre, sur les aspects budgétaires de cette mission, sur le paysage des agences sanitaires et sur le financement de la lutte contre la pandémie de grippe A.

Un article du PLFSS que notre assemblée a adopté la semaine dernière prévoyait l'affectation d'une nouvelle recette de 8,9 millions d'euros à la Haute autorité de santé – la HAS. Toutefois, les modalités de la taxe concernée ayant été modifiées par le vote de l'Assemblée, la recette supplémentaire ne devrait finalement être que de 7,1 millions d'euros. Ce montant ne permettra pas de maintenir les moyens financiers de la Haute autorité, alors que les missions qui lui sont confiées ne cessent d'augmenter. Ne faudra-t-il pas prévoir un complément de recettes, qui pourrait passer par la révision du taux des taxes et contributions versées pour les médicaments et les dispositifs médicaux ou, le cas échéant, par une revalorisation de la subvention de l'État ?

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » a confié de nouvelles missions au Centre national de gestion – la rémunération des professionnels en surnombre, la gestion statutaire des directeurs de soins et la rémunération des congés spéciaux des personnels de direction –, sans que le budget présenté pour 2010 n'en tire les conséquences financières. J'appelle donc votre attention, madame la ministre, sur les contraintes budgétaires et en effectifs qui pèseront sur le Centre l'an prochain ; des mesures seront-elles prises pour répondre à des difficultés prévisibles ?

Le nouveau plan Cancer annoncé par le Président de la République le 2 novembre dernier devrait mobiliser quelque 750 millions d'euros de dépenses supplémentaires pendant la période 2009-2013. On constate toutefois que l'effort portera principalement sur le volet « soins », le développement des programmes de dépistage et la recherche sur le cancer. Eu égard à l'importance des risques comportementaux et environnementaux sur le développement des cancers, ne faudrait-il pas consacrer des moyens plus importants à la prévention primaire ? Enfin, quelles sont les mesures nouvelles de ce plan destinées à lutter contre les inégalités de santé, préoccupation majeure du Président de la République ?

Toujours en matière budgétaire, je salue l'effort qui sera consenti en 2010 pour l'aide médicale de l'État – l'AME –, avec une dotation augmentée de 45 millions et qui s'élèvera à 481 millions d'euros. Cela étant, cette revalorisation ne permettra pas de régler le problème de la dette accumulée à l'égard des établissements au titre de l'AME depuis le dernier apurement, intervenu en décembre 2008. Sauf mesures prises dans le collectif budgétaire, cette dette atteindra près de 320 millions d'euros en 2010. Madame la ministre, le règlement de cette dette de l'État interviendra-t-il prochainement ?

J'en viens à la recomposition du paysage des agences sanitaires. La fusion programmée de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments – l'AFSSA – et de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail – l'AFSSET – devrait être opérationnelle au début de l'été 2010. Pourriez-vous, madame la ministre, nous faire part de l'état d'avancement de ce projet de fusion ? Avant que le principe n'en soit posé par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires », le ministre du budget avait annoncé ce rapprochement, préconisé dans le cadre de la révision générale des politiques publiques. Vous savez, madame la ministre, les inquiétudes que cette annonce a suscitées auprès d'un certain nombre d'associations, qui craignent de voir remises en question la qualité de l'expertise ainsi que l'approche contradictoire et ouverte sur la société privilégiée par l'AFSSET. La naissance de cette nouvelle agence, que l'AFSSA dominera largement de par son budget et ses effectifs, peut également laisser craindre la relégation au second plan de la santé au travail, alors qu'elle devrait garder un rôle prééminent dans la mise en œuvre des plans Santé au travail affichés par le Gouvernement. Qu'en sera-t-il ?

Ma troisième série de questions porte sur le financement et les modalités de la lutte contre la pandémie de grippe A.

En ce qui concerne la contribution exceptionnelle demandée aux organismes complémentaires pour financer la campagne de vaccination contre la grippe A, quel schéma privilégiez-vous ? Cette contribution, de l'ordre de 300 millions d'euros, ira-t-elle à l'assurance maladie ou à l'EPRUS ? Autrement dit, soulagera-t-elle l'effort de la sécurité sociale ou de l'État ?

La participation des organismes complémentaires – qui s'explique par l'impossibilité de procéder selon les modalités de remboursement classiques au

cours de cette campagne de vaccination collective – est censée couvrir le ticket modérateur à deux titres : la rémunération des professionnels de santé chargés d'assurer la vaccination, et une partie de la prise en charge au titre du vaccin. Aussi, ne devrait-elle pas être répartie, à parité, entre l'État et l'assurance maladie ?

J'en viens à la lutte proprement dite contre la pandémie. La préoccupation est bien entendu de faire participer le plus possible les professionnels de santé, mais aussi les assurés sociaux en général à la campagne de vaccination que vous avez décidée, guidée en cela par une recommandation de la HAS. Or, selon les conclusions d'un sondage réalisé par l'IFOP, 82 % des personnes interrogées n'envisageaient pas, le 24 octobre, de se faire vacciner contre la grippe A. Une proportion élevée qu'explique peut-être pour partie un certain manque de précisions à ce sujet. Il y a un mois, les personnes interrogées étaient pour 55 % dans cet état d'esprit ; leur proportion s'est donc singulièrement accrue. De même, 16 % des sondés se disaient inquiets de la grippe A fin octobre, contre 32 % un mois plus tôt. C'est pourtant une stratégie de vaccination de masse qui a été décidée.

À ce sujet, je tiens à souligner qu'au cours du contrôle sur pièces et sur place que j'ai effectué à l'EPRUS la semaine dernière, il est apparu que, compte tenu de l'application du taux de TVA à 5,5 %, le coût d'acquisition des vaccins sera finalement de 712 millions et non de 808 millions comme annoncé initialement. Je n'ai pas de remarque à faire sur la régularité de la procédure menée par l'EPRUS ; un tel contrôle relèverait d'ailleurs davantage de la Cour des comptes.

Néanmoins, pour ce qui est de la commande passée à l'EPRUS par votre ministère, je souhaite connaître les raisons qui conduisent à limiter de manière exceptionnellement étroite la responsabilité des laboratoires pharmaceutiques. En effet, l'article L. 3131-3 du code de la santé publique exclut la responsabilité du fabricant pour des utilisations en dehors des indications thérapeutiques ou des conditions normales d'utilisation. Or, l'article 24 du contrat conclu avec le laboratoire Baxter, que nous connaissons à présent dans son entier, prévoit que la garantie de l'État s'applique « contre toute réclamation ou action judiciaire élevée dans le cadre des opérations de vaccination ». Pourquoi l'engagement de la responsabilité de l'État va-t-il plus loin que les dispositions prévues par le code de la santé publique pour la production de ce qui n'est après tout qu'un vaccin contre une grippe ?

Par ailleurs, l'article 7 de ce même contrat, consacré à la garantie de la qualité du vaccin, est juridiquement peu compréhensible. Je souhaite, madame la ministre, connaître l'exacte interprétation que vous en faites.

Enfin, la prise de responsabilité maximale par l'État n'aurait-elle pas justifié une pression sur le coût unitaire des vaccins, compte tenu des spécificités propres à la production par chacun des laboratoires ? Je me permets de rappeler

que ce coût est significativement plus élevé que le coût unitaire d'une dose de vaccin contre la grippe saisonnière.

**M. Rémi Delatte, rapporteur pour avis de la Commission des affaires sociales pour la Santé et le système de soins.** Mes questions porteront, d'une part, sur le futur pilotage régional du système de santé et, d'autre part, sur la mise en œuvre du système d'information « e-santé », deux sujets dont je sais qu'ils vous tiennent particulièrement à cœur, madame la ministre.

Pour les agences régionales de santé, le calendrier d'application du dispositif semble se confirmer et nos félicitations vont à tous ceux qui se mobilisent actuellement afin que les ARS soient opérationnelles dès la fin du premier trimestre 2010. Deux éléments me paraissent devoir être pris en compte pour garantir la réussite de cette évolution : le calendrier et la technicité. Madame la ministre, vous nous avez dit votre souhait d'installer toutes les ARS sur le territoire métropolitain à la même date. Toutefois, il est probable que les autres régions seront en ordre de marche avant l'Île-de-France, compte tenu de sa spécificité ; ne faut-il pas, alors, envisager de dissocier les dates d'installation des agences ? D'autre part, les ARS seront chargées de nombreux dossiers requérant des connaissances techniques – médicales, pharmaceutiques, ou encore environnementales. Pouvez-vous nous indiquer quelle organisation sera retenue dans les agences pour les différents corps techniques relevant de votre ministère et de l'assurance maladie ?

Dans le projet de loi de finances, le financement des ARS est assuré par le transfert de crédits du programme 171 « Offres de soins et qualité du système de soins » vers la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ». Sachant par ailleurs que les crédits alloués au GIP carte de professionnel de santé en seront retirés dès 2010, le contenu du programme 171 ne correspondra plus guère à son intitulé ; je suppose donc que ses crédits seront redéployés dans le budget pour 2011.

J'en viens à l'« *E-santé* ». Je me suis particulièrement intéressé cette année à la mise en œuvre des systèmes d'information de santé, notamment de la carte de professionnel de santé. Cette carte, parce qu'elle permet d'identifier avec certitude les professionnels de santé et de préserver ainsi la confidentialité du dossier du patient, est un élément clé du dispositif de partage des données de santé. Outre l'intérêt des soignants à utiliser l'outil informatique, c'est donc la première étape de la mise en œuvre du dossier médical personnel.

Je me réjouis des progrès enregistrés dans la diffusion de cette carte et dans la création du répertoire partagé des professionnels de santé, mais le travail qui reste à accomplir demeure de très grande ampleur, notamment en milieu hospitalier, où la diffusion de la carte de professionnel de santé demeure embryonnaire. Je salue néanmoins les efforts entrepris depuis quelques mois pour rationaliser le pilotage des systèmes d'information de santé, avec la mise en place de l'Agence des systèmes d'information de santé partagés – l'ASIP Santé. Je suis

persuadé que, grâce à cette agence, la maîtrise d'ouvrage publique va enfin être assurée avec cohérence et détermination, et que le travail de redéfinition des normes et des référentiels de sécurité et de confidentialité communs, attendu par tous les professionnels – ils nous l'ont dit lors des auditions –, devrait aboutir rapidement et permettre l'entrée en vigueur effective du dossier médical personnel à la fin de 2010.

Pour finir, madame la ministre, quelques questions et une suggestion. Le décret « confidentialité » du 15 mai 2007, qui impose aux établissements de santé l'usage de la carte de professionnel de santé pour accéder aux informations médicales à caractère personnel, sera applicable le 15 mai 2010. Pouvez-vous faire le point sur les actions en cours tendant à accompagner les établissements ? La généralisation sera-t-elle effective en 2010 ?

J'aimerais aussi des clarifications sur le projet de convergence entre la future carte de professionnel de santé et la carte ordinale. Comment concilier la diffusion de la future carte, par essence universelle, avec la multitude de systèmes d'identification informatisés actuels ?

J'approuve sans réserve votre détermination à développer l'« *E-santé* », mais cette démarche mobilisera des moyens intellectuels, financiers et industriels importants. Je propose donc que le futur grand emprunt national comprenne un plan national de développement des systèmes d'information en santé. Cela ferait de notre pays un leader de la télémédecine et du développement des systèmes d'information médicale partagée.

**Mme Jacqueline Fraysse, rapporteure pour avis de la Commission des affaires sociales pour la prévention et la sécurité sanitaire.** Le programme « Prévention et sécurité sanitaire » regroupe désormais l'ensemble des moyens budgétaires en matière de santé publique.

Il faut noter deux modifications pour 2010 : la recentralisation de certaines activités depuis la loi relative aux libertés et responsabilités locales de 2004 ; la création des ARS, prévue par la loi HSPT de juillet 2009.

Outre les crédits du programme, nous avons choisi d'examiner l'impact des récentes alertes sanitaires sur la refonte du dispositif de l'Institut de veille sanitaire.

Je me limiterai à souligner la faible augmentation des crédits, de l'ordre de 1 %. Si quatre actions voient leurs crédits croître légèrement, trois marquent une régression, dont l'action 14 « Prévention des maladies chroniques et qualité de vie de malades », qui concerne notamment la maladie d'Alzheimer. Cela est d'autant plus regrettable que la politique de santé publique est axée, d'une part, sur la prévention et, d'autre part, sur la sécurité sanitaire collective.

Le travail approfondi que j'ai mené sur la situation de l'InVS – dont vous trouverez le détail dans mon rapport – m'a permis de constater la compétence des

personnes qui en ont la charge, l'importance de leurs missions et l'existence de marges de progression. Cela me conduit, madame la ministre, à vous poser cinq questions.

Du fait de la pandémie grippale, l'InVS consacre une part importante de ses moyens et de ses effectifs à la surveillance du virus A (H1N1). Pour ce faire, il a dû procéder à des réallocations et différer certaines actions. Malgré les besoins constatés en 2009, le PLF ne prévoit qu'une timide augmentation de 1,97 % de ses crédits. Davantage de moyens auraient pourtant permis d'éviter que l'action de surveillance n'empiète trop et trop longtemps sur d'autres actions.

J'ai pu constater le rôle important des cellules interrégionales d'épidémiologie, relais de l'InVS dans les régions, dont l'implantation doit se poursuivre. Dans un souci d'efficacité et de limitation des dépenses, qu'il faut saluer, l'InVS privilégiera la création de structures plus légères et moins coûteuses : les antennes. Mais le PLF ne prévoit que cinq emplois équivalent temps plein supplémentaires, alors que 35 ETP seraient nécessaires pour consolider les cellules existantes et créer les nouvelles antennes. Mais peut-être ces créations sont-elles envisagées dans un cadre pluriannuel ?

Les médecins de ville demandent à coopérer plus étroitement avec l'InVS, dont ils reconnaissent l'expertise. De son côté, l'Institut souhaite continuer à nouer des partenariats pour intensifier ses actions de veille sur l'ensemble du territoire. Ne faudrait-il pas songer à rémunérer, dans le cadre d'une convention similaire à celle qui les lie aux CAPI, les médecins qui participent aux actions de santé publique ?

Le conseil d'administration de l'InVS a approuvé un contrat d'objectifs et de performance pour la période 2009-2012, qui doit être soumis à la signature de la Direction générale de la santé. Le précédent contrat était resté sans signature. Pouvez-vous me confirmer que, conformément à ce que m'a assuré M. Didier Houssin, la signature est en cours ?

Enfin, la directrice de l'InVS, Mme Françoise Weber, m'a signalé que l'utilisation des bases de données, et plus particulièrement celles du système d'information de l'assurance maladie, était rendue très difficile par l'application de la loi « informatique et libertés », qui suppose la mise en place de procédures lourdes et coûteuses. Sans remettre en doute le bien fondé de cette loi, ne serait-il pas possible d'envisager un moyen de concilier protection des personnes et accès de l'InVS aux données personnelles ?

**M. Jean-Pierre Door.** Comme M. Delatte l'a signalé, les crédits du programme « Santé et système de soins » contribuent au financement des moyens de pilotage du système de santé, de la politique de prévention, de l'accès aux soins des personnes défavorisées – avec une augmentation de l'AME de 45 millions – et de la constitution d'un stock de produits pour répondre aux événements sanitaires.

L'année 2010 sera une année chargée, avec l'élaboration de la nouvelle loi de santé publique, la révision des lois de bioéthique, la mise en place des ARS, la consolidation de la politique de sécurité sanitaire et la formation des médecins généralistes, cette dernière venant combler un manque. Il s'agit donc d'un programme ambitieux, qui conforte des actions majeures.

Cela fait plusieurs années maintenant que nous cherchons à mettre en place le dossier médical partagé, qui permettrait de répondre aux objectifs de qualité et de coordination des soins. La construction du numéro d'identifiant de santé est complexe, tout comme la constitution du répertoire partagé des professions de santé. Madame la ministre, pouvez-vous nous donner des renseignements supplémentaires sur le calendrier et le coût du DMP ? Outre Manche, les esprits ont été frappés par le coût de ce système, qui a dépassé, de loin, les prévisions.

Je saisis cette occasion pour vous demander à nouveau ce que vous pensez du stockage des données personnelles sur une clé USB, qui pourrait être une solution d'attente.

M. Bapt a cité les résultats de sondages portant sur l'attitude de nos concitoyens face au H1N1. Celle-ci me semble typique de la culture française, dans la mesure où ce débat n'a pas lieu chez nos voisins européens ou en Amérique du Nord. Je rappelle que l'OPECST a été saisi par la commission des affaires sociales d'une étude sur la « mutation des virus », qui permettra aussi d'analyser la gestion des risques par les différents pays.

Mme Fraysse a commis un important rapport sur la veille sanitaire. Il faut effectivement conforter les réseaux sentinelles et l'InVS, qui réalisent un travail fondamental mais souvent méconnu. Dans ce domaine, je souhaiterais connaître la position du Gouvernement sur l'Institut Pasteur. Cette fondation privée, joyau de la recherche française, a besoin de soutien financier. L'État peut-il lui en apporter ?

**Mme Catherine Lemorton.** Madame la ministre, est-il possible d'obtenir une estimation du coût de la mise en place des ARS ? Comment expliquer l'éparpillement des crédits qui lui sont destinés – 271 millions d'euros sont ainsi inscrits à l'action n° 7, programme 124, de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » ? Par ailleurs, toutes les garanties seront-elles prises pour que les transferts de personnels ne créent pas un bouleversement de leurs conditions de travail ?

L'un des objectifs de cette mission est le développement de la participation des usagers. Pour que cela ne s'apparente pas à de l'affichage – ce que les débats sur la loi HSPT nous ont laissé penser –, il conviendrait de mieux définir les indicateurs. Ceux-ci se limitent pour l'instant à donner le taux de participation des usagers dans les instances de santé publique ou hospitalières. Quels sont les moyens concrets qui permettent de remplir cet objectif ?



Alors que le Président de la République a annoncé un deuxième plan Cancer, peut-on savoir quelle est la part du montant des franchises attribuée au plan Cancer existant ?

Vous avez parlé d'augmentation de l'AME, la classant parmi les dépenses qui subissent les effets de la conjoncture économique. Est-ce à dire que les bénéficiaires de l'AME dépensent plus que les autres ? Nous avons démontré l'inverse il y a deux ans.

Qu'en est-il de la loi de santé publique, qui devait être débattue en 2009 ? Le titre III de la loi HSPT « prévention et santé publique » ne saurait remplacer une loi d'envergure. Par ailleurs, où en est le plan Santé des jeunes, que vous aviez annoncé en février 2008 ?

S'agissant de la Haute autorité de santé, permettez-nous d'émettre une réserve quant à son financement. Nous nous étions déjà inquiétés de ce que la taxe sur la promotion des médicaments puisse y contribuer, mettant ainsi en doute l'indépendance de l'institution. Aujourd'hui, vous proposez de lui affecter une part du produit de la contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux. Cela n'est pas de nature à lever nos craintes.

Alors que les firmes pharmaceutiques développent à l'intention des patients atteints de maladie chronique des actions d'éducation thérapeutique et d'accompagnement, l'État agit-il dans ce domaine ? Dans quelles proportions ?

S'agissant du programme « Offre de soins et qualité du système de soins », qu'en est-il de l'offre de stages pour la médecine générale ? Combien de postes d'interne en médecine générale sont-ils ouverts ?

Le bilan de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire est médiocre, puisque seules 500 000 personnes en bénéficient, alors que 2 millions pourraient y prétendre. Peut-être faudrait-il améliorer la communication sur cette action ?

Enfin, le rapport de M. Gilles Carrez montre que les montants des dépenses d'indemnisation et de contentieux relatifs aux accidents vaccinaux ont été réévalués au regard de l'évolution de la jurisprudence, qui tend à reconnaître la recevabilité des demandes relatives à certaines pathologies diagnostiquées après la vaccination contre l'hépatite B. Nous espérons que les contentieux qui ne manqueront pas de surgir suite à la campagne de vaccination massive contre la grippe H1N1 dureront moins longtemps. Par ailleurs, il ne fait pas de doute que nous serons amenés à réévaluer ces montants en 2010.

**M. Jean-Luc Prél.** Tout d'abord, deux remarques. Je félicite les rapporteurs pour leur travail, mais serait-il possible de pouvoir le consulter sous sa forme de rapport au moins deux jours avant la tenue de la commission élargie, afin d'en tirer la substance ?

Par ailleurs, les crédits de la mission « Santé » s'élèvent à 1,2 milliard. Nous venons de débattre de la loi de financement de la sécurité sociale, avec des dépenses de l'ordre de 162,4 milliards. Les dépenses de santé du pays sont, elles, d'environ 210 milliards. Ne serait-il pas possible d'organiser, une fois par an, un débat général sur la politique de santé qui permette d'aborder à la fois les questions de prévention, de soin, le rôle de l'Assurance maladie, celui des complémentaires ?

Madame la ministre, je tenterai de limiter mon propos à quelques questions. La première concerne les observatoires régionaux de santé, auxquels sont consacrés 6,64 millions. Auront-ils les moyens humains et financiers de remplir leurs missions ?

S'agissant de la création des ARS, je ne reviendrai pas sur les séparations absurdes faites entre la prévention et le soin, la ville et l'hôpital, le sanitaire et le médico-social. Ma question concerne plutôt l'harmonisation du statut des personnels : se fera-t-elle vers le haut ? À quel coût ?

Par ailleurs, les agences nationales sont fort nombreuses. Comment seront-elles associées au Comité national de pilotage des ARS ? Garderont-elles une certaine autonomie ? Quant au regroupement de l'AFSA et de l'AFSSET, confirmez-vous qu'il sera effectif en 2010 ?

Vous avez recentralisé les compétences sanitaires, notamment pour le dépistage des cancers, les vaccinations, la lutte contre les MST. Pour ce qui est du dépistage du cancer du sein, 55 % des femmes y ont recours, ce qui est trop peu. Comment relever ce taux ? D'autre part, la vaccination contre le papilloma virus ne risque-t-elle pas d'entraîner un relâchement dans le dépistage du cancer du col de l'utérus ? Quand le nouveau test censé remplacer l'hémocult pour le dépistage du cancer du colon sera-t-il mis en œuvre ? Allez-vous lancer une nouvelle campagne en faveur de la vaccination contre l'hépatite B, maladie dont les complications sont redoutables ? Qu'en est-il du dépistage systématique du virus HIV ? Enfin, quelles actions comptez-vous engager pour diminuer le nombre d'IVG, qui serait encore de 200 000 cette année ?

En ce qui concerne les maladies liées au vieillissement, ne pensez-vous pas que la préparation de doses à administrer en EHPAD ou à domicile serait une bonne façon de lutter contre la iatrogénie ?

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins seront-ils intégrés dans les ARS ?

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a été déficitaire en 2009 de 15 millions. Pourquoi ce déficit n'est-il pas financé par l'État ?

Les médecins et les pharmaciens de santé publique souhaitent adopter le statut de praticien hospitalier. Où en est cette intégration ?

Quel est le délai actuel de délivrance des autorisations de mise sur le marché ? Quelles sont les actions mises en œuvre par l'AFSSAPS pour le réduire ?

Enfin, les crédits destinés aux stages extra-hospitaliers ont augmenté de 22 %. Quand les stages de généralistes en milieu urbain et en milieu rural seront-ils effectifs ? C'est, en effet, la seule façon de faire naître les vocations.

**M. le président Didier Migaud.** Nous souhaiterions tous disposer en avance des rapports de nos collègues, mais nous travaillons à flux tendu et le projet de rapport dont vous venez de prendre connaissance a été imprimé il y a une heure à peine.

**M. Maxime Gremetz.** Je veux d'abord remercier madame et messieurs les rapporteurs pour leur exposé clair, précis et objectif.

Les crédits du projet de budget de la mission « Santé » augmentent d'environ 1 %, ce qui est une augmentation bien timide au regard de l'allongement de l'espérance de vie et des progrès des sciences et des techniques médicales, sans parler du risque de pandémie grippale.

Cette augmentation cache mal, madame la ministre, les contradictions de la politique sanitaire. J'en donnerai quelques exemples.

Je commencerai par la prévention, source, non seulement de santé, mais d'économies. On en parle, mais on ne fait même pas l'effort de faire le diagnostic de la médecine scolaire, alors que la prévention commence là. Or, sa situation est catastrophique.

Parlons ensuite de la médecine du travail, qui compte de moins en moins de médecins. Vous avez vu dans quel état elle est ? On ne fait même plus de bilan de santé digne de ce nom au moment de l'embauche ! La conscription permettait aux moins aux jeunes gars d'avoir un bilan de santé complet, mais, aujourd'hui, elle n'existe plus ! Aujourd'hui, il n'y a plus rien du tout !

Comment parler d'une politique de santé sans parler de la prévention ? Le nombre des maladies professionnelles explose. Je pense à celles liées à l'usage de l'amiante, à laquelle personne, ni à droite, ni à gauche, ne s'est opposé alors que sa nocivité est connue depuis 1905. Chaque année, trois mille personnes en meurent, et en mourront encore pendant des décennies.

Cela fait des années que j'appelle votre attention sur l'imminence d'un autre drame sanitaire : celui des éthers de glycol. Et celui-ci ne frappera pas seulement les travailleurs, mais également tous les consommateurs de peintures, de produits de beauté, etc. C'est pourquoi je me félicite que la mission amiante ait proposé la constitution d'une commission d'enquête parlementaire sur les éthers de glycol.

La politique de prévention est en train de disparaître, au moment où le nombre des maladies, notamment professionnelles, augmente.

Autre contradiction, vous prétendez mettre le médecin traitant au centre du dispositif de la deuxième phase du plan Cancer, dévoilée hier par le chef de l'État. C'est une excellente idée : malheureusement, la France compte de moins en moins de généralistes. En Picardie, par exemple, une des régions les plus déficitaires, on ne trouve pas de médecin. Lundi, je n'ai même pas trouvé de pharmacie de garde à Amiens, capitale régionale : on en est là ! En dépit des mesures que nous avons prises pour inciter les médecins à s'installer dans cette région, elle compte de moins en moins de médecins. Il faudrait avoir le courage d'assurer une meilleure répartition des médecins sur le territoire : la liberté d'installation doit se concilier avec la liberté de se soigner. Le Gouvernement a sa part de responsabilité dans cette situation quand il ne nomme qu'au compte-gouttes des professeurs titulaires de médecine générale.

Par ailleurs, alors que votre projet de budget entend renforcer la lutte contre l'obésité, vous avez cédé aux pressions des industriels en refusant de supprimer la publicité pour les aliments gras et sucrés pendant les programmes télévisés pour enfants, à l'encontre de votre promesse d'agir en ce sens faite en février 2008. Qu'en reste-t-il aujourd'hui ?

Ce projet de budget entend aussi mettre l'accent sur l'état de santé des populations les plus précaires, notamment par des efforts de prévention. C'est également une bonne chose, mais qui ne doit pas cacher le fait que vous avez augmenté de deux euros le forfait hospitalier, après avoir instauré de nouvelles franchises médicales en 2007 : autant de mesures qui restreignent considérablement l'accès aux soins de ces populations précaires, comme de nombreuses études le démontrent.

En un mot, les nobles objectifs affichés par le budget de la mission « Santé » me semblent cruellement contredits par la politique actuelle. Oui, la santé a un prix, mais l'être humain, source des richesses, de l'intelligence, de la créativité, a bien plus de valeur encore.

**M. le président Pierre Méhaignerie.** Quelle est la place du programme national Nutrition Santé par rapport aux organismes tels que l'AFSSA, l'AFSSET, l'INRA, l'INSERM, et les trois ministères dans le domaine de la nutrition, de la santé, de l'alimentation, de la lutte contre l'obésité et de la prévention ? Comment assurer, sur le plan budgétaire, une plus grande efficacité des actions compte tenu de la multiplicité des acteurs ?

J'ai cru comprendre que la loi d'orientation voulait créer un nouvel établissement public en charge de la santé alimentaire. À chaque fois qu'il y a une loi, elle crée une nouvelle structure, alors que nous attendons plutôt une simplification de nos politiques publiques, qui souffrent d'un manque de lisibilité.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.**  
Messieurs les présidents, mesdames, messieurs les députés, je veux à mon tour féliciter les rapporteurs Gérard Bapt, Rémi Delatte et Jacqueline Fraysse pour la qualité de leurs travaux.

Avant de répondre plus précisément à vos interrogations, je souhaiterais, dans un propos liminaire, insister brièvement sur quelques particularités de ce projet de budget.

Je voudrais, pour commencer, saluer le travail de resserrement de l'architecture budgétaire que votre assemblée a entrepris l'année dernière en loi de finances pour 2009. Les crédits « Santé », qui étaient éparpillés entre trois missions au sein de cinq programmes en 2008, ne sont plus répartis désormais que sur deux missions. Trois programmes relèvent de la mission « Santé » : « Offre de soins et qualité du système de soins », « Prévention et sécurité sanitaire » et « Protection maladie » ; un quatrième programme regroupe, au sein de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances », les moyens « supports » pour la conduite des politiques sanitaires.

Ce remodelage budgétaire a permis une réduction significative du nombre de budgets opérationnels de programmes, ce qui a facilité la gestion des crédits par les services en 2009. Je tenais à vous en remercier.

Mon deuxième point concerne la traduction, dans le budget de l'État, de la réforme de notre système de santé, que vous avez enrichie au fil des débats sur la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009. À cet égard, l'année 2010 sera une année de transition. En effet, les agences régionales de santé, les ARS, verront progressivement le jour au cours du premier semestre 2010.

J'ai tenu à regrouper l'ensemble des moyens de fonctionnement des vingt-six agences dans un seul programme. Les moyens de fonctionnement des agences régionales d'hospitalisation, les ARH, jusque-là inscrits au sein du programme 171, « Offre de soins et qualité du système de soins » et prévus à hauteur de 21,1 millions d'euros en 2009, seront réunis avec ceux du programme 124, « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales ». C'est la traduction budgétaire de la philosophie ayant présidé à l'instauration des agences régionales de santé.

Cela permettra d'abonder ces agences sous la forme d'une subvention globale, à partir des crédits des anciennes directions départementales et directions régionales des affaires sanitaires et sociales. Les moyens de fonctionnement des ARS seront ainsi globalisés dans les budgets des établissements, qui recevront une subvention de fonctionnement courant, aussi bien de l'État que de l'assurance maladie, puisque ces agences réunissent, au niveau territorial, les services de l'État et ceux de l'assurance maladie.

Cette subvention de fonctionnement ne comprendra pas, toutefois, les crédits d'intervention de santé publique, qui seront délégués globalement et en

cours d'année aux ARS, mais à partir du programme 204 de la mission « Santé ». Il s'agit de respecter la logique de territorialisation voulue par la loi HPST, en évitant une pré-affectation de ces crédits à telle ou telle priorité de santé publique décidée au niveau national.

C'est pourquoi le programme 204, « Prévention et sécurité sanitaire », contiendra en 2010 une nouvelle sous-action intitulée « Politique territoriale de santé », sur laquelle seront progressivement versés les crédits que les ARS auront à gérer en fonction des priorités régionales de santé publique. Un retraitement analytique de l'imputation de ces dépenses par chaque ARS permettra, en fin d'année, lors de la présentation du rapport annuel de performance, de rendre compte au Parlement de l'utilisation de ces crédits.

J'ai tenu également à ce que le Parlement puisse, dès l'année prochaine, mesurer la performance des ARS. C'est la raison pour laquelle les documents budgétaires sont assortis d'un nouvel indicateur permettant de rendre compte des disparités territoriales entre les régions, afin de pouvoir mieux les corriger. Ce sous-indicateur concerne le dépistage du cancer du sein, le diagnostic VIH et la prévalence du tabagisme.

J'ajoute que les coûts non pérennes de la mise en place des agences régionales de santé, estimés à 68 millions d'euros sur trois ans, n'apparaissent pas dans le PLF 2010. Cela s'explique par le fait que ces coûts seront étalés dans le temps et autofinancés à hauteur de 40 %, par redéploiement au sein des crédits du ministère de la santé et des sports.

En outre, les moyens supplémentaires nécessaires à la mise en place de ces nouveaux établissements publics feront l'objet d'un abondement budgétaire de douze millions d'euros en collectif budgétaire 2009.

Enfin, le Gouvernement a prévu que les régimes d'assurance maladie participeront à l'installation des ARS à hauteur de 40 % du coût total, soit 28 millions d'euros, via l'abondement d'un fonds de concours. Cette technique budgétaire permettra de recueillir l'assentiment des caisses quant à l'utilisation de ces crédits. Elle facilitera également la gestion pluriannuelle des crédits en raison des incertitudes qui peuvent affecter le calendrier des décaissements.

Sans doute faudra-t-il réfléchir, à un horizon proche, à faire évoluer la maquette budgétaire pour mieux rendre compte de cette réforme importante et des moyens qui y sont consacrés. J'aurai très certainement l'occasion, l'année prochaine, de vous préciser ces points budgétaires et de répondre à vos questions, bien légitimes étant donné l'importance de cette réforme.

J'en viens à présent au troisième point de la mission « Santé » sur lequel je souhaite insister : cette mission ne fait pas apparaître les conséquences financières de la pandémie de grippe A (H1N1) à laquelle nous sommes confrontés depuis cette année. C'est que la programmation initiale pour 2009 de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires a dû être profondément révisée

pour tenir compte de l'apparition de cette menace sanitaire grave. La programmation initiale de l'EPRUS ne prévoyait que 290 millions d'euros en engagements et en paiements.

Au total, comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire, les dépenses approcheront 1,5 milliard d'euros, dont 1,04 milliard d'euros d'achats de produits de santé, de dispositifs médicaux et de coûts logistiques pris en charge par l'EPRUS. Cette programmation, qui excède largement les disponibilités de l'établissement en début d'année, conduira à des ajustements, tant en loi de finances rectificative pour 2009 qu'en loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, afin de respecter l'obligation de financement à parité de l'EPRUS par l'État et l'assurance maladie, obligation inscrite dans les textes fondateurs de l'établissement public.

L'affectation du produit de la nouvelle contribution exceptionnelle, qui vous est proposée par un amendement du Gouvernement, permettra en outre aux organismes complémentaires de participer au financement des vaccins et des produits de santé destinés à lutter contre la pandémie grippale. Le produit de cette contribution, estimé à environ 300 millions d'euros, viendra ainsi en déduction des ajustements des dotations initiales, tant de l'assurance maladie que de l'État : le financement de l'EPRUS sera donc assuré par une dotation complémentaire de 173 millions d'euros pour l'assurance maladie, en partie rectificative de la LFSS pour 2010, et de 174,8 en autorisations d'engagement et 256,3 millions d'euros en crédits de paiement en loi de finances rectificative pour la part « État ».

Au-delà de ces éléments qui méritaient un bref rappel, les crédits du budget de l'État en faveur de la santé, en augmentation de 5,7 % en AE et de 4,3 % en CP, poursuivront les mêmes objectifs que les années précédentes.

Ils traduiront d'abord l'implication de l'État en matière de prévention et de santé publique. Le programme 204, « Prévention et sécurité sanitaire », sera ainsi doté de 471 millions d'euros en AE et 491 millions d'euros en CP, soit des moyens quasiment stables par rapport à la loi de finances initiale pour 2009.

L'année 2010 s'inscrira toutefois dans un contexte marqué par de nouvelles avancées. La politique de santé publique sera territorialisée, avec la mise en place des 26 nouveaux opérateurs régionaux de l'État que sont les ARS. Notre action sur les comportements individuels à risque, notamment en ce qui concerne l'alcool et le tabac, mais aussi en matière de nutrition, sera également renforcée par la mise en œuvre des mesures adoptées dans le cadre de la loi HPST. Par ailleurs, les moyens de l'INPES seront renforcés.

Le Président de la République a, de surcroît, lancé lundi dernier le deuxième plan Cancer 2009-2013, qui comprend trente mesures élaborées à partir des préconisations du professeur Grunfeld et du Haut conseil de la santé publique, le HCSP. La lutte contre les inégalités de santé est le fil rouge de ce plan. Il s'agit aussi de stimuler l'analyse et la prise en compte des facteurs de risque

environnementaux et professionnels, et de renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge de cette maladie, la première cause de décès en France.

L'articulation avec les autres plans de santé publique a été prévue pour l'ensemble de ces mesures, et tout particulièrement avec le deuxième plan national Santé et environnement.

L'ensemble des mesures du plan représente un budget de deux milliards d'euros pour l'ensemble de la période couverte par le plan.

Par rapport à la base 2009, sa mise en œuvre nécessitera d'inscrire progressivement, jusqu'en 2013, 750 millions d'euros de mesures nouvelles, principalement portés par l'assurance maladie. Ces efforts représenteront 102,8 millions d'euros pour le budget de l'État en 2010, dont 79,1 millions d'euros pour le programme 204 de la mission « Santé », soit une progression de 12,5 millions d'euros par rapport à 2009.

Les crédits du budget de l'État en faveur de la santé participeront également à l'effort de solidarité nationale. J'évoquerai deux aspects plus particulièrement, et d'abord l'augmentation de 45 millions d'euros en PLF 2010 des crédits du programme 183 « Protection maladie » par rapport au plafond de crédits pour 2010 prévu par la loi de programmation pluriannuelle de finances publiques.

Cette augmentation traduit un effort de sincérité budgétaire, dans la mesure où, depuis l'apurement en 2007 des dettes de l'État vis-à-vis de la sécurité sociale, à hauteur de 920 millions d'euros, les insuffisances budgétaires par rapport aux besoins réellement constatés ont entraîné la reconstitution d'une dette vis-à-vis de la CNAMTS, qui s'élèvera à 323,5 millions d'euros fin 2009, soit plus du tiers de la dette apurée en 2007.

Je rappelle également que ces dépenses font l'objet d'un pilotage étroit, qui a conduit depuis 2008 à étendre progressivement aux bénéficiaires de l'aide médicale d'État, l'AME, les règles qui prévalent pour les assurés de droit commun. Les bénéficiaires de l'AME sont ainsi soumis au contrôle médical pour la mise en affection de longue durée, ALD. Le contrôle médical a été systématisé pour les bénéficiaires de l'AME en cas d'accès aux soins urgents. Autres exemples, la substitution de médicaments génériques conditionne la prise en charge à 100 % des médicaments, tandis que l'attestation d'un titre sécurisé par bénéficiaire du dispositif a été généralisée cette année. En un mot, on impose aux bénéficiaires de l'AME des dispositions qui ne s'appliquaient jusqu'à présent qu'aux assurés. C'est que la bonne gestion de ce dispositif est le gage de sa pérennité. Je veux assurer la représentation nationale de ma détermination à poursuivre le pilotage étroit de ce système de prise en charge.

Le deuxième point concerne l'amendement déposé par le Gouvernement, qui vise à doubler le montant de l'aide à l'acquisition d'une assurance



complémentaire santé, une ACS, pour les 16-25 ans. Vous aviez déjà accepté d'améliorer ce dispositif en accueillant favorablement la proposition de vos collègues, MM. Pierre Méhaignerie, Jean-Marie Rolland, Yves Bur et Jean-Pierre Door, au cours des débats sur la loi HPST, pour augmenter le barème de cette aide, notamment pour les assurés les moins jeunes. Cela représente une augmentation de 75 % pour les 50-59 ans, ce qui est tout à fait considérable.

Il s'agit, avec cet amendement, de poursuivre nos efforts en augmentant l'aide pour les jeunes de 16 à 25 ans, pour lesquels le taux de couverture complémentaire est le plus faible. Le coût de cette mesure est estimé au maximum à trente millions d'euros par an. Il repose sur l'hypothèse d'un taux de recours élevé à ce dispositif. Il sera pris en charge à partir des excédents du fonds CMU, qui s'élèvent à 70 millions d'euros à la fin de l'année 2009.

Il est vrai, madame Lemorton, que l'accès à ce dispositif peut encore être amélioré, même si nous l'avons substantiellement étendu et simplifié par la délivrance d'un chèque et l'envoi de courriers ciblés aux bénéficiaires potentiels de la mesure. Cette politique a porté ses fruits, puisque le nombre des bénéficiaires de l'ACS a augmenté de 30 %, ce qui est tout à fait considérable.

Enfin, les crédits budgétaires de la mission « Santé » seront utilisés pour améliorer le pilotage stratégique des dépenses hospitalières. Les 124,5 millions d'euros de crédits correspondent pour l'essentiel à la formation initiale des médecins, 104 millions d'euros étant consacrés à la formation médicale initiale extrahospitalière des étudiants de 2<sup>ème</sup> cycle, des internes et à l'année de recherche offerte à certains d'entre eux. Cette augmentation est liée au numerus clausus et à l'extension des stages de 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales des médecins généralistes. Comme je l'ai déjà indiqué, je tiens à renforcer la médecine de premier recours.

Conformément aux demandes récurrentes du Parlement, ces crédits ont bénéficié d'une augmentation de presque 20 % par rapport à la loi de finances initiale de 2009.

La subvention accordée à la Haute autorité de santé est budgétée à hauteur de 6,2 millions d'euros. Nous devons probablement, comme cette année, procéder à un abondement supplémentaire, à partir de la réserve du programme, de l'ordre de 3,5 millions d'euros en cours d'année, compte tenu de la baisse des recettes propres de la Haute autorité. Un rebasage devra être envisagé pour la prochaine loi triennale. Comme vous le voyez, ce budget traduit des avancées et des perspectives ambitieuses.

Je me propose à présent de répondre aux questions qui m'ont été posées.

La loi HPST a confié au Centre national de gestion des missions supplémentaires : prise en charge des dépenses afférant au remboursement des professionnels en surnombre ; gestion statutaire et développement des ressources humaines des directeurs de soins ; rémunération des personnels de direction

bénéficiant d'un congé spécial. En 2009, l'établissement est principalement financé par l'assurance maladie – à hauteur de 20,1 millions d'euros –, par les contributions des établissements de santé et, de façon marginale, par l'État, dont la contribution s'élève à 5,18 millions d'euros.

Afin d'accompagner la montée en charge de ses missions, les ressources de l'établissement augmenteront en 2010. La dotation pour l'assurance maladie passera de 20,1 à 21,68 millions d'euros.

Le plan Cancer recevra 2 milliards d'euros, dont 1,2 milliard de l'assurance maladie et 700 millions d'euros de l'État.

Ce plan vise essentiellement la réduction des inégalités. Nous allons mettre en place des programmes de recherche ciblés pour lever les freins au dépistage, qui ne sont pas d'ordre économique puisque le dépistage du cancer du sein, par exemple, est totalement gratuit. Nous souhaitons par ailleurs amplifier les prises en charge personnalisées à travers le tissu associatif et l'édition de brochures d'accompagnement en langues autres que le français. Un certain nombre de structures itinérantes de dépistages sont d'ores et déjà mises en place de façon expérimentale, avant d'être généralisées.

Nous allons mettre en œuvre des programmes personnalisés pour que l'accompagnement des malades ne soit plus seulement sanitaire, mais également social et sociétal. Enfin, nous allons réduire le « reste à charge » grâce au remboursement de certaines prothèses utilisées dans le traitement des voies aérodigestives, et renégocier la convention AERAS – S'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé – pour améliorer l'accès aux assurances et aux crédits.

Nous allons également renforcer le rôle du médecin traitant, au travers de mesures incitatives et contractuelles prévues par la loi HPST, et déployer le dossier médical de cancérologie. Toutes ces mesures trouveront leur place dans le dossier médical personnel.

Le plan Cancer nous permettra également d'agir sur les facteurs environnementaux à travers des mesures figurant dans le plan national Santé environnement, comme la poursuite de la lutte contre le tabac.

Je me suis longuement expliquée sur la question de la sortie du cadre de l'ALD pour les malades guéris du cancer.

Nous nous sommes fixés des objectifs élevés en mettant en œuvre le plan Cancer, qui devrait s'échelonner de 2010 à 2014 – les chiffres figurent dans le rapport de M. Bapt.

Le projet de loi de finances pour 2010 poursuit l'effort de rebasage de la dotation entamé en 2007, malgré une augmentation de la dépense plus importante que prévu. La dotation est passée de 234 millions en 2007 à 404 millions en 2008, puis à 490 millions en 2009. Corrélativement, l'insuffisance de financement est

donc passée de 264 millions à 14 millions d'euros en 2008. Pour 2009, les derniers chiffres transmis par la CNAM au titre de l'AME de droit commun font état d'une augmentation du nombre de bénéficiaires sur trois trimestres consécutifs. Si elle se confirme, cette augmentation, dont il nous est difficile d'expliquer l'origine, contrasterait avec la relative stabilité du système, mais, en tout état de cause, elle ne se traduira pas par une augmentation des dépenses.

L'AFSSA et l'AFSSET ont été créées en 2002 à l'initiative de Lionel Jospin, qui souhaitait pour sa part une agence unique. Leur fusion a pour principal objectif d'améliorer la réalisation de missions de service public – sécurité sanitaire, alimentaire et environnementale – aujourd'hui confiées à deux établissements différents dont les travaux reposent sur une expertise indépendante des risques et des menaces. L'interdépendance des sujets traités et le caractère transversal des thèmes – santé au travail, environnement, sécurité alimentaire – exigent une unité de vue, une concentration des moyens et des actions à plus grande échelle. La séparation artificielle due à des frontières administratives risque de multiplier les doublons – ce qui dénote une mauvaise utilisation des crédits du contribuable – et, ce qui est plus grave, de laisser de côté des sujets essentiels, affaiblissant ainsi la position de la France en Europe.

Cette fusion tire les conséquences du Grenelle de l'environnement en matière de gestion des risques et de gouvernance. Le groupement des deux agences permettra de procéder à la fois à l'évaluation des risques des produits avant leur mise sur le marché et à l'évaluation des risques sanitaires des résidus de pesticides. Il permettra également d'unifier l'expertise sur l'ensemble des produits chimiques – phytosanitaires, biocides ou produits chimiques généraux.

L'indépendance de ces agences était au cœur de mes préoccupations. Elle sera préservée.

La fusion de l'AFSSA et de l'AFSSET favorisera l'émergence de problématiques nouvelles, sans renoncer aux problématiques existantes. Toutes seront traitées en évitant les frontières artificielles mais en réaffirmant les spécificités de chacune. La santé au travail, la santé environnementale, la santé animale et la santé alimentaire sont appelées à évoluer de façon très significative. Les crises récentes nous ont montré la nécessité d'une démarche préventive, qui a trop souvent fait défaut par le passé. Cette démarche constitue le cœur de métier de la nouvelle agence.

J'ai demandé au conseiller d'État Rémi Thuau d'engager une concertation la plus large possible avec l'ensemble des parties prenantes tout au long de la conduite du projet. Les engagements issus de ces concertations, qui débiteront dès le mois de novembre, trouveront une traduction dans le projet d'ordonnance – prévu par la loi du 21 juillet 2009 – qui sera déposé au Parlement en janvier. Tout cela trouvera un prolongement dans le cadre du renouvellement du contrat d'objectif et de moyens qui fera suite en 2011 aux documents élaborés pour l'AFSSA et l'AFSSET.

En ce qui concerne la grippe A, l'EPRUS sera financé à hauteur de 300 millions d'euros par l'intégralité des disponibilités financières, des dotations complémentaires et l'affectation d'une taxe sur le chiffre d'affaires des organismes d'assurance maladie. Son financement est également facilité par l'ajustement en cours d'année de sa programmation interne. Ses dépenses ne se limitent pas à l'achat des vaccins, mais nous avons d'ores et déjà prévu d'acquérir du Tamiflu pour renouveler les stocks risquant d'arriver à péremption.

En 2009, pour acquérir un vaccin industriel destiné à remplacer celui proposé par le ministère de la santé de Norvège pour traiter une méningite en Seine-Maritime, nous avons inscrit 60 millions d'euros dans le budget initial de l'EPRUS. Ces crédits n'ont pas encore été mobilisés.

En revanche, pour acquérir des respirateurs, nous avons prévu une dépense d'un montant de 35 millions d'euros. Or, pour un coût de 5,8 millions d'euros, nous avons acquis 100 respirateurs et 34 appareils de circulation d'oxygénation extracorporelle.

L'EPRUS a permis de regrouper les achats des masques destinés à d'autres ministères. Un certain nombre de dépenses relevant du strict champ sanitaire et attribuées à d'autres organismes doivent être prises en compte. Il s'agit de l'indemnisation des professionnels de santé réquisitionnés, qui représente 290 millions d'euros, du coût pour l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé de la campagne de communication menée pour la grippe A, qui s'élève à 6,8 millions d'euros en 2009, des frais d'information et de convocation des personnes vaccinées, enfin du coût de la campagne de vaccination, qui sera pris en charge par le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire, pour un montant estimé à 53 millions d'euros.

Gérard Bapt et un certain nombre d'entre vous m'ont fait part des réactions des malades et des professionnels de santé face à la campagne de vaccination. S'ils ont du mal à se mobiliser, c'est que le risque n'est pas encore réel. Lorsqu'il le sera, les mentalités changeront. Je pense avoir réussi à mobiliser les Français sans pour autant les affoler. Je n'ai pas voulu dramatiser, car cela ne correspond pas à mon éthique. Mais les choses évoluent très rapidement. Au Canada, suite au décès de quelques jeunes malades, des files d'attente se forment devant les établissements qui dispensent la vaccination et les forces de police sont obligées d'intervenir pour prévenir les troubles à l'ordre public. Quant à l'Ukraine, elle doit faire face à d'énormes difficultés, ne s'étant pas du tout préparée à la pandémie grippale. De nombreux pays souhaitent que nous leur revendions un certain nombre de vaccins, mais nous n'en disposons pas, car ceux-ci nous seront livrés de façon échelonnée jusqu'en février 2010. Pour ce qui est des aspects techniques du vaccin, je m'en remets à l'avis des autorités sanitaires.

Vous me demandez comment sont réparties les responsabilités entre l'État et les industriels s'agissant de l'achat et de l'administration des vaccins. Le régime de responsabilité est similaire à celui prévu par l'article L. 3131-3 du code de la

santé publique, qui s'applique en cas de grave menace sanitaire. La particularité des conditions d'acquisition des vaccins est triple : menace sanitaire grave, vaccination d'un nombre très élevé de personnes, acquisition des vaccins effectuée alors qu'ils n'étaient pas encore pourvus d'autorisation de mise sur le marché. La différence de prix s'explique par le fait que nous avons acheté des produits qui, n'ayant pas encore le statut de médicament, relevaient de la TVA à 19,6 % ; à présent qu'ils sont munis de ce statut, le taux de TVA qui s'applique est moindre. Mais je le répète, nous n'avons jamais envisagé d'administrer ces produits sans autorisation de mise sur le marché.

La perspective d'une pandémie a conduit à partager les responsabilités : la mise sur le marché d'un produit défectueux incombe aux laboratoires pharmaceutiques ; quant à la diffusion la plus large possible du vaccin, elle relève d'une décision politique dont je prends toute la mesure : elle incombe donc à l'État. J'ai souhaité que les spécialistes les plus compétents participent à cette négociation. Outre l'EPRUS, en charge de la passation des contrats, elles ont été conduites avec la collaboration des experts de l'AFSSAPS et du président du Comité économique des produits de santé, Noël Renaudin, dont chacun connaît les compétences en matière de prix des produits pharmaceutiques.

J'ai utilisé la solidarité européenne et nous avons essayé, mes collègues et moi-même, dans le cadre des conseils des ministres de la santé, de nous accorder sur le tarif des vaccins. Je souhaitais que les pays européens s'opposent à toute clause scélérate qui aurait dégagé la responsabilité des industriels en cas de produits défectueux, comme cela a été le cas en Amérique du Nord. Cette proposition de la France a été approuvée par mes collègues en Suède, le 6 juillet dernier.

Cette négociation à l'échelle nationale et européenne a abouti à un partage équilibré des responsabilités. Les écarts de prix sont en grande partie liés à des différences technologiques. Les produits Baxter sont plus coûteux, car les cultures sont réalisées sur des tissus. Nous avons pourtant acheté 50 000 vaccins à cette firme pharmaceutique, car les autres vaccins sont fabriqués à partir de bactéries ou de virus cultivés dans les œufs, auxquels un certain nombre de personnes sont allergiques. Les différences de prix sont également dues au fait que les laboratoires n'ont pas les mêmes techniques de fabrication, ni les mêmes délais de livraison.

En ce qui concerne la carte de professionnel de santé, monsieur Delatte, le décret confidentialité du 15 mai 2007 en prévoyait la généralisation à l'hôpital en trois ans, mais la difficulté avait été sous-estimée : il ne suffisait pas de diffuser les cartes, encore fallait-il qu'elles soient utilisables dans un système d'information hospitalier, en particulier pour accéder aux dossiers des malades dans un contexte d'urgence ou sur des postes de travail partagés entre plusieurs professionnels.

S'il était irréaliste par rapport aux délais, le décret n'en était pas moins pas suffisamment ambitieux. La CPS n'est que l'un des éléments du dispositif

nécessaire pour assurer la confidentialité des données personnelles. J'ai donc décidé de revoir le dispositif réglementaire dans un sens plus réaliste et surtout plus protecteur pour celles-ci. La CPS reste la clé indispensable pour lire un dossier médical en ligne. En revanche, en ce qui concerne l'accès aux dossiers internes des hôpitaux et l'accès des professionnels libéraux à leur propre poste de travail, nous avons prévu des délais.

J'en viens à la convergence entre la carte CPS et la carte ordinale. Les ordres professionnels ont choisi d'avoir leur propre carte dotée des mêmes capacités. Le GIP-CPS a donc fusionné avec l'Agence des systèmes d'informations partagés et les ordres ont prévu de faire converger les deux types de cartes. Le projet de mutualisation n'est pas remis en cause mais s'inscrit maintenant dans un cadre plus général : l'ASIP pourra demain certifier des cartes ordinales ainsi que d'autres supports utilisés pour l'authentification des professionnels des institutions de santé – comme le prévoit l'article 132 de la loi HPST.

Messieurs Rémi Delatte et Jean-Pierre Door, l'identifiant national de santé associé à chaque patient est une condition essentielle du partage des données de santé. Ce INS-C, qui est défini en concertation avec des industriels et les acteurs, sera non-signifiant et constituera donc, à terme rapproché – 2011 –, un progrès sensible par rapport à la situation actuelle où le patient est identifié différemment par chaque institution. L'objectif est de mettre en place un dispositif de production et de diffusion d'un INS pérenne dit « aléatoire », non-prévisible et non-signifiant, pour garantir la protection des données personnelles. Je tiendrai à la disposition des députés les informations relatives au projet de carte dite « convergente », sujet technique qui pourra être annexé au rapport, monsieur Delatte.

En ce qui concerne le grand emprunt, lorsque j'ai été auditionné sur le sujet devant MM. Juppé et Rocard, j'ai souligné l'intérêt qu'il y aurait à développer la e-santé. À cette fin, j'ai proposé, en dépenses futures, un projet de quelque 2 milliards d'euros portant sur la télémédecine et, plus généralement, l'informatique dans le domaine de la santé – le dossier médical personnel, qui est d'ores et déjà budgété, n'entrant évidemment pas dans ces dépenses.

Monsieur Door, le plan de relance du dossier médical personnel, que j'ai annoncé au mois d'avril, a prévu pour première phase de déploiement du DMP la période 2010-2013. Nous pourrons ainsi développer des services initiaux de partage de documents, expérimenter des services spécialisés à valeur médicale supplémentaire – je pense notamment au dossier communicant de cancérologie, que j'ai déjà évoqué, au suivi du diabète ou au DMP de l'enfant – et mettre en œuvre de nouveaux services pour les patients. Le calendrier, dont je vous avais donné le détail en 2009 lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, a été respecté. Nous avons mené à bien la création de l'ASIP et, sur le plan opérationnel, des avancées notables ont été enregistrées.

Le coût total de la préparation du DMP, que M. Door suit de près depuis 2007, s'élève à quelque 88 millions d'euros, pris en charge par le FIQCS. Les charges les plus importantes ont porté sur les subventions versées dans le cadre des appels à projets dans treize régions, les personnels et l'assistance à maîtrise d'ouvrage du DMP. Contrairement à un « canard » qu'on a pu lire dans certaines publications, ce montant reste faible par rapport aux sommes investies par nos collègues européens, notamment la Grande-Bretagne. En 2010, un budget de 90 millions d'euros sera consacré à la montée en puissance du DMP. Du reste, contrairement à ce qui a été, là encore, affirmé, même si la constitution et la mise en œuvre du DMP ont fait l'objet de difficultés, les dépenses engagées ne l'ont pas été inutilement puisqu'elles nous permettent d'avancer aujourd'hui d'un bon pas. Le DMP est de plus indispensable car, comme je l'ai indiqué à MM. Juppé et Rocard, lorsque je suis allée leur présenter mes propositions, sa mise en œuvre est un prérequis à l'établissement de toute politique de développement de la e-santé dans notre pays.

Madame Fraysse, un contrat d'objectifs et de performances pour 2009-2012 a été approuvé en juillet dernier par l'Institut de veille sanitaire – InVS. Je tiens à saluer sa directrice, Mme Françoise Weber, ainsi que ses équipes, constituées de personnes remarquables. En cette période de pandémie grippale, elles jouissent d'une autorité morale et technique considérable. Du reste, personne ne met en doute la qualité et la pertinence de leurs travaux, qui nous permettent de disposer d'un outil de pilotage impeccable dans la lutte contre la pandémie, qui reste naturellement la priorité pour 2010. Dès le printemps 2009, le système de l'InVS a pris en charge le déploiement du dispositif de surveillance de la pandémie grippale : 40 % des ressources humaines de l'Institut ont été mobilisés à cette fin, et le calendrier de certaines de ses actions a été modifié tandis qu'étaient renforcés de façon transitoire les effectifs en cellules interrégionales d'épidémiologie. Cette mobilisation sera maintenue en 2010. L'institut s'attachera au renforcement des capacités d'alerte et de réponse et étendra le système de surveillance des urgences hospitalières, des urgences de ville et de la mortalité à toutes les régions de France, tout en apportant un soutien actif au Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies – ECDC en anglais.

L'InVS améliorera de plus la structuration des réseaux de surveillance spécifiques – réseaux Sentinelles, GROG, SOS-médecins, services d'urgences OSCOUR, laboratoires, CNR, centres antipoison et de toxico-vigilance. Il développera également un programme de biosurveillance de la population afin de mesurer l'impact sur la santé des risques environnementaux et poursuivra la mise en place des grands systèmes structurants, comme les systèmes multisources de surveillance des cancers, en vue de produire les indicateurs qui relèvent de son champ.

En outre, l'InVS développera le maillage territorial et la régionalisation de ses activités en vue d'améliorer la veille et l'alerte sanitaires, et le rôle des CIRE sera consolidé : à cette fin, sur trois ans, les personnels supplémentaires passeront de cinq à vingt-cinq.

Par ailleurs, l'InVS a accès aux données anonymisées de remboursement de l'assurance maladie obligatoire – SNIIR-AM –, soit sous la forme de données agrégées, soit au travers d'un échantillon des bénéficiaires. Comme l'anonymat de la base SNIIR-AM est inscrite dans la loi, tout aménagement éventuel de cette disposition devra être d'ordre législatif, un simple accord de la CNIL se révélant insuffisant. Pour répondre au besoin d'informations nominatives de l'Institut dans le cadre de ses missions, il peut être envisagé de mettre en place un dispositif spécifique, différent du SNIIR-AM et pour lequel il sera nécessaire de définir précisément les objectifs sur le plan législatif ainsi que les finalités d'utilisation sur le plan réglementaire, ce qui se traduira sans aucun doute par un décret en Conseil d'État après avis de la CNIL.

L'accès aux données individuelles de remboursement des assurances maladies obligatoires est une demande récurrente des organismes complémentaires. Pour les intégrer dans le dispositif de gestion du risque maladie, des expérimentations, dites « Babusiaux », de flux individuels de données des assurances maladies obligatoires vers les complémentaires sont actuellement en cours. Toutefois, elles ne concernent pas l'InVS.

Madame Lemorton, selon le rapport sur les franchises, le rendement de celles-ci pour 2008 s'élève à quelque 890 millions d'euros. Cette somme a aidé au financement des crédits supplémentaires, de l'ordre de 1,3 milliard d'euros, consacrés au plan de santé publique et qui viennent renforcer les trois priorités fixées par le Président de la République – 850 millions d'euros pour le cancer, 300 millions pour les soins palliatifs et 150 millions pour la maladie d'Alzheimer.

En ce qui concerne la santé des jeunes, de nombreux indicateurs – tabagisme en régression, alcoolisme stable, consommation de substances psychoactives en développement, une IVG sur deux concernant une jeune fille de moins de vingt-cinq ans, accompagnement inégal des jeunes – m'ont conduit à proposer à la fin du mois de février 2008, pour les jeunes de seize à vingt-cinq ans, un plan visant à les protéger et à les responsabiliser.

S'agissant de la lutte contre les pratiques addictives, nous avons renforcé les dispositifs législatifs. Toutefois, les mesures d'interdiction et de sanction ne sauraient résumer à elles seules la politique de lutte contre les addictions que je mène. Il ne convient pas d'oublier en effet que ces mesures sont accompagnées de campagnes de prévention ainsi que de prises en charge, comme les consultations jeunes consommateurs mises en place dans le cadre des CSAPA, les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Afin de répondre aux jeunes les plus vulnérables, un numéro simplifié du fil santé jeunes permet de faciliter sa mémorisation : le « 3224 » a été ouvert le 22 septembre 2008 et sa gratuité à partir des téléphones mobiles est à l'étude.

En ce qui concerne la souffrance des jeunes, plusieurs sessions de formation, à destination des professionnels intervenant auprès des jeunes, ont déjà



eu lieu sur le repérage de la crise suicidaire et je souhaite les développer. Il en est de même de la formation des formateurs sur le repérage précoce de la souffrance psychique, destinée aux médecins.

Chaque année, une campagne nationale d'information sur la contraception est menée par l'INPES : j'ai souhaité cibler tout particulièrement les jeunes non scolarisés dans les quartiers populaires au travers de médias qui n'étaient pas habituellement sollicités pour ce type de campagne. Un site de référence sur la sexualité a été ouvert et, afin de favoriser l'accompagnement et l'accès aux soins des plus jeunes, chaque département devra disposer d'une maison des adolescents – soixante et onze projets de maisons des adolescents ont déjà fait l'objet de financement dans les zones non couvertes. La sensibilisation et le soutien au montage de projets sont assurés par la DHOS, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, aux ARH et aux services déconcentrés, afin de permettre à ces MDA, qui sont précieuses parce que pluridisciplinaires, de voir le jour. Je souhaite que leurs missions s'étendent et qu'elles se rapprochent, pour une partie de leurs activités, des équipes mobiles adolescents déjà existantes, qui ont été créées indépendamment des MDA – il est souhaitable que ces différentes structures travaillent en réseau.

Nous avons également doublé l'aide à la complémentaire santé pour les jeunes.

Monsieur Prétel, le rapport de la Haute autorité de santé sur les stratégies de dépistage du VIH a quelque peu « décoiffé » puisqu'il vise à proposer le test de dépistage, d'une part, à l'ensemble de la population âgée de quinze à soixante-dix ans et, d'autre part, de manière ciblée et régulière à des populations exposées à des risques particuliers de contamination ou dans certaines circonstances – les militants, dont je fais partie, des campagnes anti-VIH comprendront de quoi il s'agit.

Par ailleurs la HAS considère que le recours volontaire au dépistage doit être encouragé, une telle démarche devant demeurer un des piliers du dispositif, qui s'appuie sur les médecins généralistes, les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDIST).

Ce rapport ne m'a été remis que le 21 octobre dernier : c'est pourquoi, avant d'annoncer des mesures précises le 1<sup>er</sup> décembre pour la journée mondiale de lutte contre le SIDA, il me faudra analyser ses recommandations et leurs conséquences organisationnelles, prendre l'avis du Conseil national du SIDA et attendre les conclusions, qui ne sauraient tarder, de la mission confiée aux professeurs Lert et Pialoux, qui porte sur les nouvelles méthodes de prévention – notamment les tests rapides. C'est donc après avoir étudié l'impact sur notre système de santé de la mise en œuvre des préconisations de la Haute autorité de santé que je vous présenterai les axes stratégiques retenus.

Monsieur Prével, vous connaissez les missions très importantes de l'INPES, dont le travail est remarquable. Cet institut apportera sa contribution aux plans nationaux relatifs à la santé des jeunes, à la lutte contre les hépatites virales B et C et au plan national santé environnement (PNSE). Il mènera des actions de prévention contre la drogue et la toxicomanie. La santé en prison fera également l'objet d'actions de prévention et l'INPES lancera prochainement un appel à projet sur le thème de la nutrition. Il élaborera, de plus, des référentiels sur l'éducation pour la santé et sur l'éducation thérapeutique du patient – il les teste actuellement. Il poursuivra enfin la réorganisation du secteur de la téléphonie santé avec la reprise du groupe d'intérêt public DATIS, devenu ADALIS – addictions drogue alcool info service.

M. Prével connaît mieux que moi l'état des lieux relatif aux hépatites B et C : 500 000 personnes atteintes et 4 000 morts chaque année. J'ai donc lancé en 2009 un nouveau plan hépatite B et C couvrant les années 2009 à 2011 en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées aux hépatites chroniques virales grâce à une meilleure prévention et à un dépistage plus accessible. Je veux améliorer l'accès au traitement et à la prise en charge. Des actions de surveillance, d'évaluation et de recherche sont indispensables au pilotage de ces mesures, qui seront renforcées. J'installerai en décembre prochain un comité de suivi et de prospective, auquel je confierai la mission de veiller à la mise en œuvre de ce plan, que je tiens à votre disposition.

Maxime Gremetz a évoqué ce drame épouvantable de santé publique qu'est l'amiante. Il a parlé à ce propos de « catastrophe sanitaire » – une expression que je fais mienne.

En ce qui concerne la contamination des personnes, l'amiante comme problématique de santé publique appartient fort heureusement au passé. En revanche, nous continuons de porter cette problématique au cœur de notre société puisque les personnes exposées il y a vingt ou trente ans vont déclarer leurs pathologies. J'ai saisi la Haute autorité de santé à la fin de l'année 2007 sur la pertinence d'un dépistage des personnes exposées et, le cas échéant, sur les protocoles de surveillance à mettre en œuvre. En mars 2009, la HAS a déjà rendu une première partie de ses travaux concernant les recommandations pour les personnes exposées environnementalement à l'amiante. Une seconde partie est attendue, relative à la révision des recommandations de la conférence de consensus, qui sont toujours en application alors qu'elles datent de plus de dix ans. J'ai demandé à l'InVS de réfléchir à un dispositif complémentaire – une déclaration obligatoire du mésothéliome – en vue de disposer d'un élément précis de surveillance. Un rapport d'étape m'a été remis sur la faisabilité de ce dispositif. Nous le mettrons en place s'il est concluant.

Un avis de l'AFSSET m'a été remis en février 2009 sur les fibres courtes et les fibres fines d'amiante. Nous avons adapté la réglementation, en révisant à la baisse le seuil d'empoussièrement de déclenchement des travaux de désamiantage, qui prend en compte la réévaluation du bruit de fond et en étudiant la dégradation

des matériaux responsables de l'émission de fibres courtes afin de disposer d'un plus grand nombre de données d'exposition pour fonder des mesures de gestion. Les crédits mis en œuvre pour les actions liées à l'amiante – mesures de pilotage et de surveillance – s'élèvent à 550 000 euros sur le budget de l'État, compte non tenu, évidemment, de l'indemnisation, traitée par M. Xavier Darcos.

Monsieur le président de la commission des finances et monsieur Gremetz, vous m'avez interrogée sur le programme national Nutrition-santé : en 2010, 1,33 million d'euros de crédits centraux lui seront consacrés ainsi que 3,8 millions d'euros de crédits déconcentrés. Je souhaite que la réduction des inégalités sociales soit un fil rouge de ce programme du fait que tous les problèmes liés à la nutrition constituent un marqueur des inégalités sociales. Ce programme vise la poursuite de l'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire, le fonctionnement à plein régime de l'Observatoire de la qualité de l'alimentation (OQALI), le renforcement des réseaux de collectivités territoriales impliquées dans le PNNS – dont EPODE, qui est loin d'être le seul –, la mise en œuvre de dispositions contraignantes sur la qualité des repas servis en restauration scolaire, la formation professionnelle, notamment des professionnels de santé, la promotion de l'allaitement maternel, le développement de l'expérimentation et de réseaux d'acteurs sur l'accessibilité à la consommation de fruits et de légumes et l'accessibilité à la pratique d'une activité physique, ou encore la prévention et le dépistage du surpoids et de l'obésité. De plus, comme il est important que les politiques publiques soient éclairées par des études épidémiologiques probantes, j'ai lancé en 2009 NutriNet, qui est une étude de cohortes sur les comportements alimentaires et les relations entre la nutrition et la santé sur une période de cinq ans. L'année 2010 sera consacrée à l'évaluation du plan Nutrition-santé 2 et au lancement du plan Nutrition-santé 3. Chacun pourra évidemment me faire part de ses observations, visant notamment à éclairer plus particulièrement tel ou tel aspect de la question.

Enfin, les soutiens financiers aux observatoires régionaux de santé passent par les DRASS et la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS). Sur le plan national, la nouvelle convention pluriannuelle d'objectifs est en cours de rédaction : elle permettra de soutenir les observatoires régionaux afin qu'ils puissent mettre à disposition des agences régionales de santé des outils de connaissance. Cette commande sera dotée de 1,35 million d'euros en autorisations d'engagement pour les années 2010 à 2012. Sur le plan régional, des crédits sont prévus pour une participation active à la préparation des projets régionaux de santé.

**M. Robert Lecou.** Ma question, bien que limitée sur le plan géographique, s'inscrit dans votre politique qui vise à assurer une santé de qualité pour tous et partout – à ce titre, la proximité fait partie de la qualité.

Je voudrais évoquer plus particulièrement le diagnostic de santé effectué sur son territoire par le pays Cœur-d'Hérault, qui compte 70 000 habitants, un diagnostic partagé à la fois par les élus, les professionnels et la population : les

structures hospitalières ne sont pas en mesure de répondre aux besoins de santé de la manière que vous souhaitez et que, à votre suite, madame la ministre, chacun d'entre nous et la population souhaitent également.

Un projet concernant Lodève n'ayant malheureusement pas abouti, il conviendrait, pour améliorer la situation, d'ouvrir, en complément du centre d'accueil de permanence des soins, qui existe dans la sous-préfecture héraultaise, une maison médicale de garde et une structure d'aide médicale d'urgence – une quarantaine de médecins généralistes étant volontaires pour assurer des gardes dans le cadre de cette structure.

Madame la ministre, quelle suite conforme à l'esprit de votre politique entendez-vous donner à ce dossier, qui a déjà été déposé à l'ARH ?

**Mme Marisol Touraine.** Je tiens à revenir sur l'articulation des dépenses de santé entre la sécurité sociale, d'une part, et l'État, d'autre part.

Jean-Luc Prél a préconisé l'organisation d'un débat sur la politique de santé, laquelle est effectivement peu lisible en raison de l'éclatement de ses sources de financement. Comment envisagez-vous de répondre à ce défaut de lisibilité dès lors que la politique que vous suivez aboutit plutôt à renforcer le brouillage des cartes ? C'est ainsi que vous avez demandé aux organismes complémentaires de financer, à travers l'Établissement public de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), les dépenses liées à la grippe A, si bien que des dépenses qui, normalement, auraient dû être supportées par l'État incomberont en partie à la sécurité sociale. Les critères de répartition n'apparaissent donc plus avec précision. D'où ma première question : en matière de politique d'incitation à l'installation des professionnels de santé sur le territoire, notamment à travers les maisons de santé, quelle sera la répartition entre les dépenses de la sécurité sociale et celles de l'État ?

Vous avez dit, madame la ministre, que les crédits de fonctionnement des agences régionales de santé provenaient de transferts des DRASS et des DDASS. Attendez-vous des économies, et à quelle échéance, de la mise en place des ARS ?

La prévention est annoncée comme un axe fort de votre politique pour 2010. Confirmez-vous la tenue d'un débat parlementaire sur la loi de santé publique ?

Les actions de prévention ne sont pas assurées que par votre ministère, mais aussi par l'éducation nationale, et par le ministère des affaires sociales pour ce qui est de la santé au travail – un sujet hélas d'actualité. Intervenez-vous également dans ce dernier domaine ? Envisagez-vous d'améliorer l'articulation entre ces trois administrations ?

Enfin, quels sont les financements prévus pour lutter contre les refus de soins, dans le cadre de l'article 54 de la loi HPST ?

**M. Denis Jacquat.** Vous n'avez pas répondu à une question bien précise de Jean-Luc Prél : les fédérations régionales des acteurs en promotion de la santé sont-elles comprises dans le périmètre des agences régionales de santé ? Par ailleurs, est-il vrai que le problème de recrutement des médecins inspecteurs de la santé serait résolu si le statut de praticien hospitalier leur était conféré ? Que préconisez-vous à ce sujet ?

**M. Jean Mallot.** Nous sommes tous conscients de l'importance de l'évaluation des politiques publiques. Le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques insiste particulièrement sur ce point. S'agissant des franchises médicales, le rapport portant sur les années 2008 et 2009 retrace les montants et la destination des sommes en jeu, mais reste muet sur l'impact de la mesure sur le comportement des patients. Que pensez-vous des chiffres qui courent dans la presse, selon lesquels 39 % des patients reporteraient ou renonceraient à des soins du fait de ces franchises ?

**M. Jean-Claude Flory.** Vous vous êtes fortement impliquée, madame la ministre, dans la bataille contre le déficit de présence médicale en certains points du territoire, et les professionnels comme les élus font eux aussi le maximum pour faire face à cet enjeu majeur. Mais comment coordonner les financements entre votre budget, celui du ministère de l'aménagement du territoire, qui pourrait financer les maisons de santé par l'intermédiaire des pôles d'excellence rurale, et, enfin, les programmes européens, dont les crédits sont largement sous-consommés et auxquels les investissements pour des services aux personnes en milieu rural défavorisé devraient devenir éligibles ? Ces différents crédits permettraient de réaliser des opérations interdites à des communes aux faibles capacités financières.

Dans les territoires de faible densité médicale, il faut que les professionnels et surtout les élus puissent s'adresser à un interlocuteur spécifique qui accompagne l'ensemble des projets. La préfecture ne peut pas suivre le sujet de suffisamment près. Il faut un engagement très fort en la matière.

**M. Bernard Perrut.** Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans, et la première chez les 25-34 ans. Le budget prévoit 5,1 millions en crédits de paiement, destinés notamment aux actions régionales de prévention. Comment en faire bénéficier plus précisément la formation et le repérage de la souffrance psychique ? Par ailleurs, le plan Jeunes prévoyait un doublement de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé – des progrès ont déjà été réalisés en la matière. Quel montant y sera affecté dans votre budget, et combien de jeunes en bénéficieront-ils ?

Par ailleurs, le plan de développement des soins palliatifs, inscrit à l'action 14 du programme « Prévention et sécurité sanitaire », prévoyait de passer entre 2008 et 2012 de 100 000 à 200 000 patients pris en charge. Où en est-on ?

Enfin, si l'informatisation progresse, l'échange des données médicales reste très limité. Comment allez-vous améliorer la compatibilité des logiciels, et

organiser la communication entre les systèmes d'information de la médecine de ville et des établissements de santé ? Votre budget met-il en œuvre les propositions du rapport de l'inspecteur général des affaires sociales M. Gagneux ?

**M. Guy Malherbe.** Les officines de pharmacie constituent le premier réseau d'entreprises de santé de proximité et sont une porte d'entrée dans le parcours de santé. Mais elles se portent mal. En quelques mois, quinze pharmacies ont fermé pour raisons économiques dans le département de l'Essonne, et 140 dans la région Île-de-France. Ces difficultés s'expliquent par la régulation du médicament et des soins de ville, par les mesures concernant le conditionnement ou par la montée en puissance des médicaments génériques. L'on souffre déjà d'un manque de médecins. Si le régime de rémunération des pharmaciens n'est pas adapté, il sera bientôt difficile de trouver une pharmacie dans son quartier. Le regroupement des officines permettra certes de consolider le réseau, mais ne réglera pas leurs difficultés économiques. Où en est la réflexion à cet égard ?

**M. Jean-Luc Reitzer.** Avec 20 000 décès par an et des millions de blessés, les accidents de la vie courante constituent un fléau bien plus grand que les accidents de la route. Cependant, aucune action significative ne semble être entreprise. En Europe du Nord pourtant, une politique centralisée de prévention a permis de diviser par trois le nombre des décès. Notre propre politique de sécurité routière nous a permis d'épargner 12 000 vies entre 2002 et 2008. Entendez-vous faire de ce sujet une grande cause nationale ?

**M. Laurent Hénart.** Cinq instituts hospitalo-universitaires ont été annoncés pour 2010 : le chiffre est-il confirmé ? Selon quels critères seront sélectionnés les projets, et quels moyens financiers y seront consacrés ? Ces projets pourront-ils inclure des établissements de santé ou d'enseignement de pays voisins ?

**M. Michel Heinrich.** Mon rapport de 2007 sur la mission « Santé » suggérait, dans le cadre de la lutte contre les drogues illicites, la mise en place de lieux publics de consommation. La plupart des usagers aux pratiques à risques ne sont jamais en contact avec des soignants. La Suisse, après l'expérience désastreuse des scènes ouvertes, comme de très nombreux autres pays de l'Europe ainsi que le Canada ou l'Australie, ont ouvert des salles de consommation au fonctionnement strictement réglementé. Après quinze ans, différentes études ont fait apparaître une réduction des overdoses et de la mortalité, une baisse des comportements à risques, une augmentation des démarches de sevrage et une réduction des nuisances dues à l'usage de la drogue dans l'espace public. Il est établi que ces salles n'ont aucun effet d'incitation à la consommation : à Vancouver, par exemple, on a constaté une hausse de 30 % des demandes de médicaments de substitution ou de sevrage. Et il est bien clair qu'aucune drogue n'est fournie dans ces salles. Êtes-vous prête à tenter une expérimentation ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** M. Lecou a posé une question locale bien précise. Ma porte lui est ouverte pour en

discuter, ainsi bien sûr qu'à chacun d'entre vous. Mais puisqu'il m'a interrogée plus généralement sur le maintien de la proximité, je profite de l'occasion pour évoquer le projet d'arrêté sur les blocs chirurgicaux, qui a engendré des commentaires aussi ahurissants qu'inexactes.

Sachez d'abord que les normes de sécurité régissant les blocs chirurgicaux datent de... mars 1956 et qu'en outre, ô mystère, elles ne s'appliquent qu'aux établissements privés. Sans doute tous ceux qui critiquent ce projet d'arrêté considèrent-ils que les établissements publics n'ont pas besoin de normes de sécurité, et qu'aucune découverte, aucun progrès technique n'ont été accomplis depuis cinquante-trois ans ni n'auront lieu dans les dix prochaines années. Pour ma part, il me semble plus que temps de s'occuper du sujet.

Une réflexion est menée depuis 2005 par le ministère avec tous les acteurs concernés – les sociétés savantes, le Conseil national de la chirurgie, l'ordre des médecins, la Haute autorité de santé – pour élaborer une série de normes de sécurité, comprenant certes un nombre d'actes minimal, mais aussi de nombreuses dispositions techniques. Des associations de malades et des élus se sont émus de ne pas avoir été consultés, mais je me demande bien ce qu'ils pourraient avoir à faire dans l'édiction de normes de sécurité sur les procédures de décontamination des blocs ! Le projet d'arrêté a été examiné par le Conseil national de l'organisation sanitaire. Son unique but est de sécuriser les pratiques médicales.

Il est tout de même surprenant que certains personnages politiques ou de la société civile qui montrent la plus extrême impatience à interdire des produits ou à démonter des antennes de téléphonie mobile se précipitent pour réclamer de ne surtout rien faire pour la réglementation des blocs chirurgicaux – dont certains enregistrent quatre fois plus de décès que la norme nationale.

Les différentes institutions qui prennent part à la réflexion ont donc recommandé, entre autres critères, que les blocs effectuent au moins 2 000 actes chirurgicaux par an. J'ai abaissé ce seuil à 1 500, afin de promouvoir notre politique de proximité. Cela ne veut évidemment pas dire que les 182 blocs qui sont en deçà vont brutalement fermer. Lorsque les normes auront été établies, les agences régionales de santé auront deux ans pour discuter au cas par cas afin de décider de ceux qui devront vraiment fermer, ou alors être transformés en consultation de chirurgie avancée ou mis en coopération avec d'autres établissements – je vous rappelle que la loi prévoit des communautés hospitalières de territoires et des groupements de coopération sanitaire, par exemple.

Tout se fera donc au cas par cas.

La polémique qui a été créée par certains acteurs politiques autour de la question alors qu'il ne s'agit que d'élaborer des normes de sécurité pour nos concitoyens – quel ministre serais-je si je ne le faisais pas ! – a de quoi échauffer, je vous assure. Mais ne vous inquiétez pas : je ne me fâche pas, j'explique ! L'on ne fait bien que ce que l'on fait souvent.

Aujourd'hui, un bloc chirurgical qui fonctionne bien voit se succéder de nombreux praticiens : médecins, infirmiers, anesthésistes, chirurgiens spécialisés, notamment. Si le même chirurgien traitait de tout il y a cinquante ans, ils seront plusieurs aujourd'hui à s'occuper de l'éclatement de la vessie, de l'enfoncement de la cage thoracique et de l'opération neurologique d'un seul polytraumatisé de la route. En comptant les équipes de décontamination, d'imagerie, de biologie, ce sont donc en tout une centaine de praticiens mutualisés qui interviennent dans le même bloc. Et je ne parle pas des extraordinaires évolutions à venir : par exemple, il n'est pas question que les blocs ne s'adaptent pas aux techniques non invasives ! Il faut s'y préparer. C'est ainsi que nous garantirons la sécurité des malades en même temps que la proximité, qui ne sera pas de la même nature qu'aujourd'hui.

Mme Touraine m'a posé une question qui était déjà d'actualité lorsque j'ai été élue députée, en 1988, sur l'éclatement des crédits de la santé – l'idée sous-jacente étant que tout se fait ailleurs qu'au ministère de la santé. Mais il me semble que les discussions assez rapprochées du projet de loi de financement de la sécurité sociale et du projet de loi de finances permettent de bien se rendre compte du dessein d'ensemble. Une chose est sûre, c'est qu'un investissement massif est réalisé dans le domaine de la santé : une augmentation de 3 % de l'ONDAM dans la période difficile que nous traversons ne peut pas s'expliquer autrement.

Mme Touraine parle de « brouillage ». Mais mon intention, en proposant de lier le gestionnaire des risques et l'ordonnateur des soins, était de rendre le pilotage plus transparent. Cette séparation est en effet absurde. Elle est issue du pacte social de 1945, mais depuis lors, nous sommes passés de la conception bismarckienne à une acception beveridgienne du système. C'est cette séparation entre le gestionnaire du risque et l'organisateur des soins qui crée le brouillage. L'État doit forcément conserver son rôle d'organisation des soins. Mais réunir les deux à un niveau pertinent, celui des agences régionales de santé, me semble œuvre de transparence.

À propos de l'EPRUS, je ne vois pas non plus de brouillage. Ses statuts sont parfaitement clairs. Son financement est assuré pour moitié par l'État et pour moitié par l'assurance maladie, et la structuration budgétaire reflète parfaitement cette organisation.

Dans les circonstances actuelles, que les organismes complémentaires participent à cette opération est assez normal. C'est une démarche citoyenne. Si le vaccin avait été mis à disposition en doses unitaires, il aurait été distribué par les pharmacies et administré par les médecins de ville. C'est donc chaque fois le remboursement d'une consultation et d'une dose de vaccin achetée en pharmacie qui aurait été demandé à l'assurance maladie. Cette procédure aurait sans doute été plus coûteuse ; les organismes complémentaires auraient dû assurer des remboursements sur la base d'un ticket modérateur compris entre 30 % et 35 %.

La création des ARS va-t-elle aboutir à la réalisation d'économies de fonctionnement des services qui y seront réunis ? Non. Tel n'est d'ailleurs pas le



but. L'objectif est, en réunissant pas moins de sept services de l'État et de l'assurance maladie, de permettre l'unification de la gestion du risque et de l'organisation des soins, le déploiement vers des secteurs non explorés jusqu'à présent, comme la fluidification du parcours entre le médico-social et le sanitaire, et la conduite de politiques de prévention.

L'exclusion de la santé scolaire du champ résulte d'une disposition de la loi d'orientation sur l'éducation, adoptée à l'initiative de Lionel Jospin, alors ministre de l'éducation nationale. Je ne peux que prendre acte, avec intérêt, des regrets que vous formulez à l'égard de cette errance.

La démarche des partenaires sociaux sur les troubles psychosociaux et la santé au travail est un peu paradoxale. Ils tiennent beaucoup à ce que ces questions restent dans le périmètre des ministères chargés du travail et des affaires sociales. Cependant, on voit bien qu'il faut que le ministère de la santé s'en saisisse. Dans la mesure où les fonctionnaires et les administrations responsables de la santé au travail seront parties prenantes des ARS, les troubles psychosociaux pourront être pris en compte dans les actions de prévention de celles-ci.

M. Perrut a évoqué la prévention du suicide. Notre pays présente bien une prévalence importante du suicide. Elle ne date pas d'aujourd'hui : la France est connue comme un pays à forte fréquence du suicide depuis les études de Durkheim.

La loi de santé publique du 9 août 2004 relative à la santé publique avait pour objectif de réduire le nombre de décès par suicide à l'horizon 2008 de 12 000 à 10 000. Les chiffres en notre possession confirment la baisse régulière du taux de suicide depuis vingt-cinq ans. C'est un mouvement de fond que des phénomènes de médiatisation ne doivent pas masquer.

Cependant, le taux augmente dans certaines tranches d'âge bien spécifiques, et notamment, depuis 2000, dans celle comprise entre quarante-cinq et cinquante-quatre ans.

Pour apprécier les troubles psychosociaux, il faut donc se méfier des chiffres généraux : ils peuvent brouiller les analyses. La stratégie de lutte contre les suicides sur le lieu de travail mériterait des études précises, non seulement par classe d'âge, mais aussi par catégories socio-professionnelles. J'y suis attachée. Cependant, des telles études ne sont pas faciles à mener.

La stratégie nationale d'action face au suicide mobilise 1,5 million d'euros au niveau national et 20 millions d'euros de crédits déconcentrés. Grâce à un cofinancement associant des ressources du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) et des crédits relevant de l'ONDAM hospitalier aux crédits déconcentrés de l'État, des résultats ont pu être obtenus dans ce domaine. J'ai demandé en juin 2008 au sociologue David Le Breton, professeur à l'université Marc-Bloch de Strasbourg, de présider un comité de pilotage inter-institutionnel, pluridisciplinaire, chargé de proposer des pistes d'amélioration de la politique de prévention du suicide. Son rapport m'a été rendu en avril dernier. J'en analyse

actuellement les préconisations. Elles seront traduites en mesures concrètes. D'autres départements ministériels sont concernés, ainsi que des partenaires associatifs et institutionnels. Je voudrais présenter un plan en février 2010.

Pour répondre encore à M. Perrut, je précise que c'est 65 % d'une classe d'âge qui sera concernée par l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les jeunes (ACS jeunes).

Si le ministère que je dirige est éligible au grand emprunt, il serait intéressant de faire financer par ce moyen les systèmes informatiques et les infrastructures de coordination, également évoquées par M. Perrut.

Le refus de soins – je vous renvoie à la loi HPST – est un délit. Ce qui nous manque, c'est le bras armé pour le sanctionner. La loi HPST donne aux organismes de sécurité sociale le droit de prononcer des sanctions. L'évaluation des professionnels de santé qui reçoivent le moins de bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale d'État (AME), prévue par les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale, permet des actions ciblées à leur égard.

Les fédérations régionales des acteurs en promotion de la santé (FRAPS) seront bien sûr incluses dans le périmètre des ARS. Je suis en revanche défavorable à l'octroi d'un statut de praticien hospitalier aux médecins et aux pharmaciens inspecteurs de santé publique ; en revanche, nous réfléchissons actuellement à des solutions indemnitaires permettant de valoriser ces professionnels, qui accomplissent un travail tout à fait remarquable.

Monsieur Mallot et madame Lemorton, nous ne relevons pas de renoncements aux soins en raison des franchises. Le montant maximum de celles-ci est de 50 euros par an ; un Français sur quatre est exonéré de leur paiement. Les pourcentages d'augmentation des consommations de médicaments sont restés les mêmes. Une légère diminution du nombre de boîtes a pour origine une modification des comportements attendue depuis longtemps, avec le développement des grands conditionnements ; alors que nous ne savions pas comment les lancer, les franchises en ont dynamisé les ventes. Je tiens les données à votre disposition.

Le renoncement aux soins – je n'ai aucune raison de contester les chiffres que vous citez – concerne principalement les soins peu ou mal remboursés, soins dentaires ou d'optique, qui ne sont bien sûr absolument pas concernés par les franchises, ainsi que les dépassements d'honoraires et les difficultés à trouver des praticiens à tarif opposable. Bref, les franchises n'ont pas d'impact sur le renoncement aux soins. Cela dit, l'accès aux soins dentaires et aux soins optiques, les dépassements d'honoraires méritent bien sûr d'être traités. J'ai présenté l'action que je mène sur les dépassements d'honoraires lors de la séance de questions au Gouvernement de cet après-midi. Je pourrais la détailler ici si vous le souhaitez.

Monsieur Flory, le maillage du territoire en maisons de santé doit être effectué de façon coordonnée. Le rôle des agences régionales de santé sera essentiel.

Aujourd'hui, le déploiement des maisons de santé – dont chacun dit qu'elles doivent être pluridisciplinaires – se fait dans le plus grand désordre. Les collectivités territoriales, font toutes un cheval de bataille de l'installation d'un tel équipement. Or, contrairement à l'administration sanitaire, elles ne disposent pas, en général, de la capacité d'expertise nécessaire à l'évaluation de l'opportunité et à la détermination de la capacité d'une maison de santé.

C'est donc l'administration sanitaire qui, sur la base d'un schéma régional non opposable d'organisation de cette offre de soins ambulatoire, évaluera les territoires – en lien avec le ministre de l'espace rural et de l'aménagement du territoire –, la capacité des porteurs de projets et les mesures d'accompagnement. Nombre d'équipements bâtis à grands frais par les collectivités territoriales sont aujourd'hui vides, faute d'évaluation préalable des besoins ou des compétences des porteurs de projets.

Lors de la discussion de la loi HPST, j'avais proposé que les ARS puissent exercer quelque coercition dans la coordination des aides. L'amendement déposé à cette fin avait été ressenti comme une mise sous contrôle intolérable et un renoncement au principe de subsidiarité. J'espère que les aides pourront être coordonnées de façon incitative.

Monsieur Malherbe, vous m'avez interrogée sur les pharmacies. Seules certaines officines ne vont pas bien. Bon nombre d'officines, et c'est heureux, assurent des revenus confortables à leurs titulaires.

Le maillage territorial des officines est souvent très ancien. Elles sont parfois trop proches les unes des autres : les environs immédiats du Palais-Bourbon en donnent un exemple saisissant.

J'ai donc pris des dispositions en faveur des officines en difficulté : gel des créations d'officines, possibilité de transferts en dehors de la commune et de desserrement des périmètres. L'économie des officines mérite d'être revue en fonction des besoins des populations. J'y ai invité la profession.

Monsieur Hénart, les cinq instituts hospitalo-universitaires dont la création a été annoncée par le Président de la République seront des centres d'excellence de niveau mondial. Il ne s'agit pas simplement de labelliser des équipes de recherche au sein de centres hospitalo-universitaires ou hospitaliers.

Un appel à projets sera lancé. L'évaluation de ceux-ci sera confiée à un jury international. Si les acteurs de la vie locale pourront participer à leur élaboration, ils n'en auront pas l'initiative.

Monsieur Reitzer, un plan national de prévention des accidents domestiques a été mis en œuvre. Il décline neuf actions pilotes, menées par des

acteurs différents, secteur par secteur. L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) réalise des actions d'information et de mobilisation. La direction générale de la santé (DGS) est en charge de l'action de prévention des défenestrations accidentelles d'enfants. En matière d'évolution des équipements, la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) et la direction de l'habitat, de l'urbanisme et de la planification (DHUP) viennent de co-saisir à la mi-septembre le Bureau de normalisation des techniques du bâtiment en vue d'une révision des normes de sécurité des garde-corps. L'INPES diffuse des affiches destinées à faire évoluer les comportements. Nous avons travaillé cette année avec Météo-France pour que les présentateurs de radio et de télévision aient, lors des périodes à risque, un message de prévention à leur disposition. Des enquêtes épidémiologiques ont aussi été réalisées.

Nous étudions les conditions dans lesquelles la prévention des accidents domestiques pourrait être proclamée grande cause nationale. Cette année, la grande cause nationale est le don de vie (sang, moelle osseuse, organes). L'an prochain, ce pourrait être, je crois, les violences faites aux femmes. Valérie Létard, alors secrétaire d'État chargée de la solidarité, avait émis un souhait en ce sens. Les projets –d'autres causes sont candidates à ce statut – seront sélectionnés par le comité national de santé publique.

Je me permets de signaler à votre attention le portail Internet *stopauxaccidentsquotidiens.fr*, dédié à la prévention des accidents de la vie courante. Réalisé par la DGCCRF, l'Institut de veille sanitaire, l'INPES et la DGS, il a été ouvert en janvier 2009.

Enfin, monsieur Heinrich, vous m'avez interrogée sur l'ouverture expérimentale d'une salle de consommation pour usagers de drogues par injection et consommateurs de crack.

À l'occasion de la journée mondiale contre les hépatites, le 19 mai, les associations ont réclamé l'ouverture, dans le cadre du programme de réduction des risques liés aux hépatites, d'une salle de consommation à Paris. Une telle salle serait destinée avant tout à une population très précarisée, souvent sans domicile fixe. Son ouverture, à titre expérimental, s'accompagnerait d'une évaluation de son impact sur la santé publique.

L'enquête collective que conduit l'INSERM sur la réduction des risques chez les usagers de drogues traitera, à ma demande, des salles de consommation. La décision d'ouvrir ou non, à titre expérimental, une salle de consommation sera prise au vu de ses conclusions, qui sont attendues pour la fin du premier trimestre de 2010. Au cas où celles-ci se révéleraient favorables, des porteurs de projets devront être trouvés. Deux associations, dont ASUD, ont déjà été reçues à cette fin.

**M. le président Didier Migaud.** Merci, madame la ministre, pour vos nombreuses réponses.

## II.- EXAMEN DES CREDITS

*À l'issue de l'audition de Mme Roselyne Bachelot-Narquin ministre de la santé et des sports, la Commission des affaires sociales examine pour avis, sur le rapport de M. Rémi Delatte, les crédits « Santé et système de soin » de la mission « Santé ».*

**Mme Jacqueline Fraysse.** Les crédits proposés pour la partie « Prévention et sécurité sanitaire » sont insuffisants. Dans le contexte sanitaire actuel, il aurait été souhaitable de dégager des moyens supplémentaires. À titre personnel, j'émet donc un avis défavorable à l'adoption de ces crédits.

**M. Rémi Delatte.** Les crédits de la partie « Santé et système de soins » répondent aux enjeux de la politique de santé, qu'il s'agisse de la mise en place de la gouvernance régionale, de l'accès aux soins des publics défavorisés et le développement de systèmes d'informations en matière de santé. J'émet donc un avis favorable à l'adoption de ces crédits.

*Conformément aux conclusions des rapporteurs pour avis, la commission émet un **avis favorable** à l'adoption des crédits pour 2010 de la mission « Santé ».*



## ANNEXES

### ANNEXE 1 : TABLEAU DES CARTES DE PROFESSIONNEL DE SANTÉ DIFFUSÉES PAR PROFESSION ENTRE 2000 ET 2008

TABLEAU DES CARTES VALIDES PAR PROFESSION DE 2000 A 2008 + SSA, Remplaçants et Cartes de tests										
CARTES CPS										
	PROFESSION	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Secteur libéral</b>										
	Médecin	79 994	89 827	98 503	100 464	103 950	103 964	103 433	104 668	105 697
	Pharmacien	23 653	27 530	29 881	42 538	44 422	43 981	42 372	42 398	42 301
	Chirurgien-Dentiste	2 676	10 766	14 618	28 012	31 010	33 085	33 916	34 370	34 594
	Sage-Femme	114	607	987	1 407	1 638	1 806	1 950	2 155	2 426
	Infirmier	14 913	20 382	32 465	41 233	47 528	49 969	52 750	56 526	60 459
	Masseur-Kinésithérapeute	21 370	27 700	32 830	36 527	41 115	42 805	44 023	46 196	48 216
	Pédicure-Podologue	318	1 045	1 184	1 415	1 673	1 833	1 934	2 023	2 439
	Orthophoniste	6 514	8 218	9 500	10 392	11 596	12 014	12 465	13 158	13 843
	Orthoptiste	114	411	528	665	1 266	1 335	1 386	1 445	1 522
	<b>Sous-total CPS secteur libéral</b>	<b>149 666</b>	<b>186 486</b>	<b>220 496</b>	<b>262 653</b>	<b>284 198</b>	<b>290 792</b>	<b>294 229</b>	<b>302 939</b>	<b>311 497</b>
<b>Secteur salariés</b>										
	Médecin	n/d	n/d	n/d	4 496	4 735	5 953	6 770	7 866	9 228
	Pharmacien	n/d	n/d	n/d	226	276	343	396	459	508
	Audio-Prothésiste						3	3	11	19
	Opticien-Lunetier						212	311	379	494
	Chirurgien-Dentiste	n/d	n/d	n/d	510	980	1 616	1 867	2 163	2 459
	Sage-Femme	n/d	n/d	n/d	376	452	493	626	730	870
	Infirmier	n/d	n/d	n/d	8 970	11 403	12 309	12 402	12 753	12 840
	Masseur-Kinésithérapeute	n/d	n/d	n/d	161	229	294	319	336	379
	Pédicure-Podologue				2	5	16	19	29	39
	Orthoprothésiste							1	11	22
	Podo-Orthésiste							2	10	21
	Orthopédiste-Orthésiste								28	66
	Oculariste								2	4
	Orthophoniste				21	37	58	67	72	75
	Orthoptiste				6	14	25	33	51	54
	Ergothérapeute				32	41	41	33	32	30
	Psychomotricien				20	21	21	25	24	17
	Manipulateurs ERM				256	378	396	432	442	453
	<b>Sous-total CPS secteur salariés</b>	<b>3 499</b>	<b>6 078</b>	<b>7 749</b>	<b>15 076</b>	<b>18 571</b>	<b>21 780</b>	<b>23 306</b>	<b>25 398</b>	<b>27 578</b>
<b>TOTAL CPS</b>		<b>153 165</b>	<b>192 564</b>	<b>228 245</b>	<b>277 729</b>	<b>302 769</b>	<b>312 572</b>	<b>317 535</b>	<b>328 337</b>	<b>339 075</b>
<b>AUTRES CARTES (CDE, CPE, CPA, CPF) (libéraux+salariés)</b>										
	Cartes CDE	758	1 153	1 471	1 862	2 854	3 325	3 495	3 733	3 908
	Cartes CPE	127 981	172 392	206 940	237 200	258 752	268 426	270 550	275 731	284 654
	Cartes CPA	827	1 090	1 317	995	586	591	687	824	732
	Cartes CPF				147	217	212	199	269	501
<b>TOTAL CDE, CPE, CPA, CPF</b>		<b>129 566</b>	<b>174 635</b>	<b>209 728</b>	<b>240 204</b>	<b>262 409</b>	<b>272 554</b>	<b>274 931</b>	<b>280 557</b>	<b>289 795</b>
<b>TOTAL hors remplaçants, SSA, tests</b>		<b>282 731</b>	<b>367 199</b>	<b>437 973</b>	<b>517 933</b>	<b>565 178</b>	<b>585 126</b>	<b>592 466</b>	<b>608 894</b>	<b>628 870</b>
	<b>Remplaçants</b>					1 511	2 401	2 963	3 549	3 944
	<b>SSA</b>					611	927	2 536	4 367	6 880
<b>TOTAL GENERAL yc remplaçants SSA</b>		<b>282 731</b>	<b>367 199</b>	<b>437 973</b>	<b>517 933</b>	<b>567 300</b>	<b>588 454</b>	<b>597 965</b>	<b>616 810</b>	<b>639 694</b>
	<b>Cartes de tests fin 2008</b>									6 583
<b>TOTAL GENERAL 2008 yc Cartes de test</b>										<b>646 277</b>
Note n/d : donnée détaillée non disponible (voir sous-total)										





**ANNEXE 2 :  
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES**

Liste des personnes auditionnées par le rapporteur à Paris

*(par ordre chronologique)*

- **Groupement d'intérêt public Carte de professionnel de santé (GIP-CPS) – M. Noël Renaudin, président**
  
- **Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé) – M. Jean-Yves Robin, directeur**
  
- **Chambre syndicale de la répartition pharmaceutique (CSRP) – M. Emmanuel Dechin, secrétaire général**
  
- **Observatoire national des professionnels de santé (ONDPS) – Pr. Yvon Berland, président**
  
- **Conseil national de l'ordre des médecins – Dr Walter Vorhauer, secrétaire général, M. Francisco Jornet, juriste, et Mme Véronique Quéffelec, chargé des relations avec les pouvoirs publics**
  
- **Cabinet de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports – M. Mathias Dufour, conseiller, chef du pôle modernisation de l'offre de soins**

Liste des personnes auditionnées par le rapporteur à Dijon

- **Mme Cécile Courrèges, directrice générale préfiguratrice de l'Agence régionale de santé de Bourgogne**
  
- **Dr Jean-Yves Cobacho, radiologue**
  
- **Dr Pierre Dusserre, anatomopathologiste**