

N° 1305

ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 12 octobre 2018.

AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE
LOI *de finances pour 2019*,

TOME I

SANTÉ

PAR MME HÉLÈNE VAINQUEUR-CHRISTOPHE,

Députée.

Voir les numéros :

Assemblée nationale : **1255, 1302** (annexe n° 38).

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I. LA PRÉVENTION OUTRE-MER : UNE POLITIQUE EN APPARENTE COHÉRENCE AVEC LES RÉALITÉS LOCALES	9
A. LA PRÉVENTION : UNE PRIORITÉ SANS CESSÉ RÉAFFIRMÉE	9
1. La « Stratégie nationale de santé dans les outre-mer » (2016)	9
2. Les outre-mer dans la « Stratégie nationale de santé 2018-2022 »	9
3. Les priorités pour les outre-mer du plan « Priorité prévention »	10
4. Le « Livre bleu outre-mer »	12
B. LA PRÉVENTION : LES PRATIQUES DU TERRAIN	13
1. La prise en compte de la prévention dans les Projets régionaux de santé des territoires ultramarins	13
a. La Guadeloupe	13
b. La Martinique	14
c. La Guyane	15
d. Mayotte et La Réunion	15
2. Les PRAPS : des outils de prévention au service des plus précaires	17
C. DES FINANCEMENTS QUI, FACIALEMENT, SEMBLENT ÊTRE À LA HAUTEUR	18
1. La prévention dans la Mission Santé du PLF : une part nécessairement modeste ..	18
2. La nécessité d'une lecture croisée avec le PLFSS	22
a. Le Fonds d'intervention régional	22
b. Les crédits du FIR pour la prévention en outre-mer	24
c. Le détail des financements par DROM	25
i. Martinique	25
ii. Guyane	26
iii. Guadeloupe	27
iv. Mayotte	29

II. DERRIÈRE L’AFFICHAGE, LES MOYENS EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION OUTRE-MER DOIVENT ÊTRE ENCORE RENFORCÉS ET ADAPTÉS AUX RÉALITÉS DU TERRAIN	30
A. DES RAPPORTS ALARMANTS, ET APRÈS ?	30
1. Le constat sans appel de la Cour des comptes en 2014	30
2. Des alertes relayées par l’ensemble des acteurs institutionnels.....	32
a. L’avis du Conseil national du sida.....	32
b. Les avis de la Commission nationale consultative des droits de l’homme	33
B. LES CARENCES DU SYSTÈME DE PRÉVENTION VUES DU TERRAIN...	35
1. Les constats édifiants des acteurs locaux.....	35
2. Des moyens à peine suffisants eu égard à l’ampleur des besoins.....	38
C. DES MESURES GOUVERNEMENTALES AUX EFFETS DÉVASTATEURS POUR LA SANTÉ PUBLIQUE	40
1. La suppression des contrats aidés : un coup de poignard pour la politique de prévention.....	40
2. L’article 27 du PLF : une mise à mal inconsidérée de la politique de prévention en Guyane.....	42
3. Focus sur l’insuffisante application de la loi pour la qualité de l’offre alimentaire.....	43
TRAVAUX DE LA COMMISSION	45
I. AUDITION DE LA MINISTRE	45
II. EXAMEN DES CRÉDITS	75
CONTRIBUTION AU RAPPORT DU GROUPE MODEM	79
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE	81

INTRODUCTION

Mesdames, Messieurs,

L'état de santé des populations ultramarines n'est pas satisfaisant : l'ensemble des indicateurs montrent des territoires en situation défavorable, parfois dans des proportions considérables, par rapport aux autres régions de la République.

Ainsi, pour ne rappeler que quelques exemples déjà connus :

– L'espérance de vie est inférieure de plusieurs années dans les régions ultramarines, jusqu'à 5 ans de moins pour les hommes et 7 à 8 ans de moins pour les femmes à Mayotte.

– La surmortalité prématurée se traduit par le fait que le tiers des décès survient avant 65 ans dans les quatre départements d'outre-mer, contre un cinquième dans l'ensemble du pays. À l'exception de la Martinique, qui présente un taux de mortalité inférieur, le taux de surmortalité est de 2 % en Guadeloupe, de 5 % en Guyane, et atteint 23 % à La Réunion ⁽¹⁾.

– On relève des taux de mortalité infantile élevés, qui ont même tendance à augmenter dans certains territoires : il est de 8,6 pour 1 000 naissances en Guyane, contre 3,4 en métropole ; en Martinique, qui connaît un taux de naissances prématurées 4 fois supérieur à la moyenne nationale, le taux de mortalité périnatale est 2 à 3 fois plus élevé que celui de la métropole. Dans tous les territoires, la mortalité maternelle est également très au-dessus de la moyenne.

S'agissant des maladies chroniques, les éléments comparatifs sont par ailleurs extrêmement défavorables. On constate par exemple une forte prévalence de l'obésité et des morbidités associées, telles que le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les maladies rénales chroniques, l'hypertension.

À cela s'ajoutent d'autres pathologies telles que les maladies vectorielles – dengue, zika, chikungunya, etc. –, ou la drépanocytose. Certaines maladies infectieuses sont particulièrement présentes, comme la lèpre, singulièrement à Mayotte et en Guyane, la tuberculose ou les IST, tel le VIH qui frappe très durement certains territoires, la Guyane en premier lieu, ainsi que la Guadeloupe.

Les facteurs sont multiples pour expliquer cet état de fait. Ils tiennent en partie à la forte précarité économique et sociale des territoires ultramarins :

– Un taux de pauvreté élevé, en premier lieu : en Guadeloupe, le revenu moyen déclaré est inférieur de moitié à celui de la France hexagonale et le taux de ménages allocataires est de 70 %, près de 30 % des ménages recevant le RSA, contre 8,6 % en Hexagone ; à La Réunion, plus de 40 % de la population sont en situation de pauvreté.

(1) <http://www.fnors.org/uploadedFiles/publicationsFnors/InegalitesDom2014.pdf>

– Cette forte précarité, ces inégalités sociales, s’accompagnent d’autres éléments en cohérence : un taux de chômage très élevé (21 % des actifs de plus de 15 ans en Guyane ; 22 % à La Réunion ; taux d’emploi des 15-64 ans de 38 % à Mayotte), qui frappe notamment les jeunes, souvent prématurément déscolarisés. On relève en conséquence des taux d’illettrisme, ou de familles monoparentales, toujours supérieurs à ce qu’ils sont en Hexagone, et de forts taux de natalité.

– Par ailleurs, dans certaines régions, le quart des logements sont insalubres. Donnée notamment illustrée par le fait qu’un ménage mahorais sur trois n’a pas accès à l’eau courante.

Ce contexte social contribue au fait que les territoires ultramarins sont confrontés à des problématiques importantes d’addictions, que ce soit avec l’alcool ou les drogues (crack), à des comportements qui peuvent être autant de facteurs aggravants ayant des incidences en matière de santé publique : violence ⁽¹⁾, notamment envers les femmes, grossesses précoces – 27 % des mères de Guyane ont moins de 20 ans –, VIH, suicides.

Les faiblesses des systèmes de santé locaux aggravent fortement cette situation et contribuent à son enracinement :

– Une densité des médecins généralistes très inférieure à ce qu’elle est en France hexagonale peut-elle en effet avoir d’autres conséquences qu’un accès fragilisé à l’offre de soins, à la prévention et au dépistage ? Or, la Guadeloupe et la Martinique ont 20 % de médecins - souvent relativement âgés au demeurant - de moins que l’Hexagone, la Guyane étant même sous la barre des -50 % ⁽²⁾. Ces trois régions sont celles qui ont les plus faibles densités médicales de France, La Réunion faisant exception, à équivalence avec l’Hexagone. À Mayotte, par exemple, il n’y a, en 2018, que 341 professionnels de santé libéraux, dont seulement 21 médecins généralistes.

– Les autres professions du secteur sanitaire sont dans une situation comparable, voire pire, plusieurs spécialités étant même absentes de certains territoires.

– En outre, l’offre de soins est très inégalement répartie et peut être géographiquement concentrée, avoir déserté les zones les plus éloignées, comme c’est notamment le cas en Guyane où certaines parties de la région sont extrêmement difficiles d’accès.

Cette situation induit des difficultés majeures d’organisation de l’offre de soins, souvent articulée sur l’hôpital public. Ainsi à Mayotte, dont les urgences du seul centre hospitalier de l’île sont surchargées. Confrontés en outre à d’autres problématiques spécifiques, comme la forte pression migratoire, les systèmes de santé de la Guyane et Mayotte doivent relever d’autres défis particulièrement aigus.

(1) *Le taux d’homicides en Guyane est de 30,1/100 000, contre 0,6/100 000 en France.*

(2) <http://www.fnors.org/uploadedFiles/publicationsFnors/InegalitesDom2014.pdf>

La maternité du centre hospitalier de Mayotte est la plus importante de France, en tension permanente, assurant actuellement près de 10 000 naissances par an, dont la majorité de mères d'origine étrangère et sans papiers.

À la question de la démographie médicale s'ajoute donc celle de l'offre hospitalière en sous-capacité, surchargée et en tension budgétaire permanente. Les aléas, climatiques ou autres, comme les ouragans Irma et Maria qui ont ravagé Saint-Martin et Saint-Barthélemy l'an passé, ou encore l'incendie qui a détruit en novembre 2017 la maternité, le bloc opératoire, les services d'urgence et de réanimation du CHU de Pointe-à-Pitre, viennent ajouter des impacts tout aussi considérables et durables pour les populations locales.

Ces constats ont conduit votre rapporteure à choisir comme thème central de son avis budgétaire la prévention dans les outre-mer. Car la réalité des territoires ultramarins est d'autant plus insupportable qu'elle pourrait en grande partie être évitée ou atténuée si les systèmes de santé étaient plus performants et si les politiques de prévention et de dépistage étaient à la hauteur des enjeux.

Ainsi, entre autres personnalités auditionnées par votre rapporteure, le professeur Patrick Yéni, président du Conseil national du sida, a pu souligner qu'il est essentiel de prendre la mesure de l'épidémie de VIH outre-mer, très différente de celle que l'on constate en France hexagonale, tant par ses caractéristiques que par sa gravité. De même, nombre des pathologies dont souffrent les populations outre-mer sont de celles pour lesquelles des actions de prévention seraient nécessaires, qu'il s'agisse de maladies vectorielles comme la dengue ou le paludisme, ou d'affections chroniques parfois plus en relation avec des pratiques ou comportements à risques, telles le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les IST. Ainsi, la part de la mortalité prématurée due à la consommation d'alcool, de tabac, pourrait-elle être réduite grâce à des mesures de prévention et de dépistage.

Or, force est de constater, comme on le verra, que la prévention a longtemps été le parent pauvre d'un système de santé dans les outre-mer en souffrance, comme la Cour des comptes l'a souligné en 2014. Si elle est aujourd'hui devenue une priorité de santé publique, la question se pose néanmoins de savoir si les moyens qui y sont consacrés sont à la hauteur des enjeux régionaux.

Votre rapporteure a procédé à l'analyse des documents stratégiques adoptés ces dernières années ainsi qu'à une revue des principales évaluations qui ont été faites, en premier lieu celle de la Cour des comptes en 2014, la première à avoir conclu que les systèmes de santé ultramarins étaient en souffrance. Elle s'est ensuite plus particulièrement concentrée sur les cinq départements d'outre-mer : la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et La Réunion.

Votre rapporteure a aussi tenu une douzaine d'auditions. Elle tient à remercier les personnalités et acteurs institutionnels et associatifs, dont les directeurs généraux et personnels des Agences régionales de santé qu'elle a entendus par visioconférences, pour leur disponibilité et la qualité des informations qu'ils lui ont fournies.

I. LA PRÉVENTION OUTRE-MER : UNE POLITIQUE EN APPARENTE COHÉRENCE AVEC LES RÉALITÉS LOCALES

A. LA PRÉVENTION : UNE PRIORITÉ SANS CESSÉ RÉAFFIRMÉE

Longtemps en déshérence, la prévention est désormais affichée dans tous les documents stratégiques comme une priorité de santé publique, que ce soit au niveau national ou en direction spécifique des outre-mer.

1. La « Stratégie nationale de santé dans les outre-mer » (2016)

En décembre 2016, le précédent Gouvernement avait élaboré une *Stratégie nationale de santé dans les outre-mer*⁽¹⁾ qui se présentait en réaction aux constats de la Cour des comptes de 2014.

Le travail approfondi des députés ultramarins entrepris depuis lors avait permis la rénovation de l'approche de la santé, et les ministères de la santé et des outre-mer, se fondant sur les dispositions de l'article 2 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016⁽²⁾, avaient conjointement proposé de nouvelles orientations stratégiques spécifiques aux outre-mer, en rupture avec le plan de santé en vigueur depuis 2009.

La situation des outre-mer était considérée comme justifiant plus encore qu'en Hexagone d'actions fortes de prévention et cinq axes prioritaires, déclinés en 22 objectifs et 62 actions, reflétaient cette approche. Étaient notamment priorisés l'amélioration de l'état de santé des mères et des enfants, la réduction de la mortalité maternelle et infantile, le renforcement de la PMI, les problématiques de diabète, les conduites addictives et les déterminants comportementaux en matière de santé sexuelle et reproductive, ou encore le renforcement des mesures de prévention contre les maladies zoonotiques.

2. Les outre-mer dans la « Stratégie nationale de santé 2018-2022 »

Le Gouvernement actuel a souhaité reformuler le cadre général en présentant une *Stratégie nationale de santé 2018-2022*⁽³⁾ sans pour autant modifier les dispositions spécifiques aux outre-mer incluses dans le document de 2016 : l'amélioration de l'état de santé des mères et des enfants, la réduction de l'incidence des maladies chroniques, en particulier du diabète et de ses complications, le renforcement des stratégies de prévention et de lutte contre les

(1) https://peidd.fr/IMG/pdf/2016-05-23_strategie_sante_769_outre-mer.pdf

(2) « La stratégie nationale de santé mentionnée à l'article L. 1411-1-1 fixe des objectifs propres aux outre-mer à partir d'une évaluation des données épidémiologiques et des risques sanitaires spécifiques aux collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution ainsi qu'aux collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, de Saint-Pierre-et-Miquelon et des îles Wallis et Futuna. ».

(3) https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

maladies zoonotiques, la réduction de l'exposition des populations aux risques naturels et l'amélioration de l'accessibilité et de l'approvisionnement en produits de santé figuraient déjà dans la Stratégie nationale de santé dans les outre-mer.

Force est de constater que le Gouvernement actuel n'a, pour l'essentiel fait que reprendre les dispositions que son prédécesseur avait établies comme priorités : ainsi en est-il de l'évolution de la gouvernance du système de santé et du renforcement de l'attractivité des territoires pour les professionnels de santé, du renforcement de l'offre de formation initiale et continue, de la définition d'une trajectoire de rattrapage de la qualité des systèmes de soins ultramarins par rapport à celui de l'Hexagone, de la problématique des évacuations sanitaires ou du renforcement des coopérations régionales. On pourrait également citer les actions en direction de certains territoires spécifiquement identifiés, telles celles visant à réduire l'exposition des populations au chlordécone en Guadeloupe et en Martinique, à renforcer l'accès à l'eau potable et à l'assainissement en Guyane, à Mayotte et à Wallis-et-Futuna ou à améliorer l'accès aux droits et aux soins et à garantir une couverture vaccinale protectrice pour la population de Mayotte.

3. Les priorités pour les outre-mer du plan « Priorité prévention »

Le document « *Priorité prévention, rester en bonne santé tout au long de sa vie* »⁽¹⁾ que le Premier ministre a présenté au mois de mars 2018, développe le plan stratégique mettant en œuvre l'action des différentes instances concernées par la prévention.

Un certain nombre de priorités supplémentaires sont précisées s'agissant des outre-mer. Entre autres, y figurent des mesures relatives au suivi péri et post-natal, à la création d'une centaine de postes d'assistants spécialistes « outre-mer » afin de renforcer l'offre de soins, dont le statut sera amélioré pour renforcer l'attractivité des territoires.

La santé sexuelle est par ailleurs un volet central, décliné selon plusieurs axes : mesures de prévention adaptées aux situations locales et aux cultures ultramarines en matière de VIH, d'IST et de grossesses précoces ; vaccinations contre le HPV ; expérimentation du « *Pass préservatif* » dans une région d'outre-mer, qui reste à ce jour encore à définir ; développement d'actions mobiles hors les murs en matière de santé sexuelle pour aller à la rencontre des jeunes.

Ces actions de prévention et d'offre de soins se retrouvent aussi dans le volet outre-mer de la « *Stratégie nationale de santé sexuelle – Agenda 2017-2030* »⁽²⁾, qui prévoit également des mesures en faveur de l'éducation à la santé en milieu scolaire, contre les violences faites aux femmes et les discriminations envers les personnes séropositives, ainsi qu'un renforcement des coopérations régionales.

(1) https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publicue_psnp.pdf

(2) https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

L'appui logistique aux associations œuvrant sur le terrain afin de renforcer leurs capacités opérationnelles est annoncé sans être toutefois concrétisé de même qu'une campagne de vaccination à Mayotte, prévue pour combler les retards alarmants de ce département.

Parallèlement, la mise en œuvre du plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives a permis la mobilisation par la MILDECA de près de 3 millions d'euros spécifiquement dédiés au traitement de ces problématiques. Une action étroitement coordonnée avec la DGOM a constitué une priorité du précédent plan, et outre les actions de proximité soutenues par la MILDECA, plusieurs dossiers emblématiques ont pu être accompagnés : le soutien depuis septembre 2015 au déploiement d'une charte « *contre l'usage nocif ou abusif d'alcool* » à La Réunion, entre pouvoirs publics, producteurs locaux, importateurs et distributeurs d'alcool ; la constitution d'un groupe de travail interministériel dédié à la question des mules en Guyane ; ou encore une attention particulière portée à la consommation de chimique par la jeunesse mahoraise.

Le futur plan national de mobilisation contre les drogues et les conduites addictives, couvrant la période 2018-2022, traduit l'engagement de la MILDECA pour poursuivre et amplifier la démarche engagée. Tout en prenant en compte la réalité de chaque territoire ultramarin, l'action de la MILDECA vise à :

- améliorer la connaissance des consommations de substances psychoactives, notamment par la mise en place de dispositifs de recueil de données par l'observatoire des drogues et des toxicomanies (OFDT) en Guyane et à La Réunion-Mayotte et la mise en œuvre d'un volet outre-mer pour l'enquête cadre de vie-sécurité INSEE, ou encore le suivi et le soutien apporté à l'extension ultra marine de l'enquête Virage ;

- maintenir une vigilance particulière portée à certains enjeux prioritaires : le phénomène des mules en Guyane, la consommation de « chimique » à Mayotte ;

- consacrer une attention particulière aux territoires ultra marins dans le cadre des appels à projets nationaux qui seront chaque année lancés à destination des collectivités locales (les villes de La Possession, à la Réunion, et de Petite Terre, à Mayotte, ont été retenues au titre de l'exercice 2018).

Enfin, la problématique du chlordécone en Guadeloupe et Martinique fait l'objet d'actions au niveau de la cartographie des sols contaminés, de la recherche quant aux liens entre exposition des populations et effets sanitaires, ou encore au suivi des femmes enceintes, thématiques qui figuraient dans les différents plans chlordécone mis en œuvre depuis plusieurs années. Pour autant aucune nouvelle action ni financement ne sont pour l'heure engagés...

4. Le « Livre bleu outre-mer »

Certaines de ces mesures, comme la création des postes d'assistants spécialistes, ont été reprises dans le Livre bleu outre-mer⁽¹⁾ présenté par la ministre des outre-mer Annick Girardin en juin dernier, à la suite des Assises de l'Outre-mer.

La seule nouveauté du Livre bleu, par rapport à l'ensemble de ce qui figure dans les documents adoptés au cours des mois précédents, porte sur la création d'un Fonds spécifique aux outre-mer, à compter de 2019, destiné à financer des actions de santé publique avec un focus plus particulier sur la prévention de l'alcoolisme, des addictions et des conduites à risques. Il est indiqué que la montée en puissance du fonds sera progressive sur le quinquennat. Il apparaît cependant regrettable que des problématiques telles que le VIH, le renforcement des dispositifs de PMI ou les services de santé scolaire et universitaire, ne fassent pas l'objet de financements dans ce cadre. Par ailleurs, il est fort regrettable selon votre rapporteure qu'aucune trace de ce fonds n'apparaisse dans les documents budgétaires actuellement examinés au Parlement.

Parmi les principaux axes figurant dans le Livre bleu, on relève également la mobilisation d'un « service sanitaire » pour les étudiants en santé dans les territoires ultramarins. Ce sont quelque 47 000 étudiants en médecine, pharmacie, oncologie, maïeutique, kinésithérapie et soins infirmiers qui sont concernés, dès le mois de septembre 2018, et mobilisés pour des actions de prévention, notamment à destination des publics fragiles.

D'autres expérimentations sont préconisées, notamment relatives à de nouvelles répartitions des tâches entre professions de santé, et des partenariats seront développés entre centres hospitaliers ultramarins et hexagonaux afin d'encourager les échanges professionnels. Outre par la création des postes d'assistants spécialistes, la problématique de la pénurie de médecins sera abordée par la mise en place conventionnelle de contrats d'installation spécifique à l'outre-mer pour inciter les professionnels de santé à se diriger vers les territoires à faible densité médicale. Dans le même ordre d'idées, en complément du développement de maisons de santé adaptées aux territoires, des dispositifs de maisons expérimentales itinérantes seraient aussi mis en œuvre pour aller à la rencontre des populations isolées.

(1) <https://www.livrebleuoutremer.fr/>

B. LA PRÉVENTION : LES PRATIQUES DU TERRAIN

Les Agences régionales de santé, ARS, ont notamment pour mission de définir et de mettre en œuvre dans leur ressort territorial les objectifs de la politique nationale de santé. Elles doivent prendre en compte les problématiques de prévention à divers niveaux.

L'article L. 1431-2 du code de la santé publique précise qu'elles sont chargées « *de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé et les acteurs de la promotion de la santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé* ». Elles veillent également à une répartition territoriale de l'offre et à la qualité des interventions, notamment en matière de prévention, qui permette de satisfaire les besoins de santé de la population, en particulier des personnes en situation de précarité ou d'exclusion et de viser l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé par les populations cibles, via des démarches de responsabilisation.

Les projets régionaux de santé définissent les objectifs pluriannuels des ARS. Ils sont composés de trois documents : le cadre d'orientation stratégique, COS, établi pour 10 ans ; le schéma régional de santé, SRS, d'une durée de cinq ans et le programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, PRAPS.

1. La prise en compte de la prévention dans les Projets régionaux de santé des territoires ultramarins

a. La Guadeloupe

Le schéma régional de santé de la Guadeloupe pour les années 2018-2023 ⁽¹⁾ est articulé en sept orientations, dont la première est le développement d'une offre pour tous tournée vers la prévention et la promotion de la santé, déclinée en trois objectifs : la mise en place d'une organisation visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, basée sur la promotion de la santé et la prévention ; l'amélioration de la qualité des programmes d'action en promotion de la santé et une action sur les déterminants de santé comportementaux pour améliorer la santé des populations.

Ces objectifs s'inscrivent dans le cadre d'orientation stratégique ⁽²⁾, COS, plus général qui, à échéance de dix ans, ambitionne de constater une diminution du risque de mortalité prématurée et infantile, une baisse des complications des maladies chroniques (pied diabétique et amputations, retard dans le dépistage du cancer, obésité,

(1) <https://www.guadeloupe.ars.sante.fr/system/files/2018-04/20180405%20SRS%20Guadeloupe%20St%20Martin%20St%20Barthelemy%20VF.pdf>

(2) <https://www.guadeloupe.ars.sante.fr/system/files/2018-04/20180405%20-%20COS%20-%20VERSION%20CONSULTATION%20VF.pdf>

maladies cardio-vasculaires), la maîtrise des risques sanitaires et environnementaux (maladies vectorielles, etc.), un accès équitable aux soins et à la prévention, quelle que soit la situation géographique ou sociale et des prises en charge pluridisciplinaires et coordonnées autour des personnes, notamment les plus fragiles.

À cette fin, la prévention semble être devenue prioritaire et, comme le diront les responsables de l'ARS lors de leur audition, il s'agit d'en faire un « *geste de la vie quotidienne* » de chacun. Elle doit pour cela être transversale et se refléter dans toutes les politiques publiques locales et, s'agissant spécifiquement de la santé, imprégner tous les secteurs d'activité, au sein des filières de soins, chez tous les professionnels de santé, pour qu'une véritable culture de la prévention soit partagée.

Dans cette région qui est la deuxième la plus touchée de France par les IST et notamment le VIH, où les taux de grossesses précoces et d'IVG sont importants, l'ARS se donne également pour objectifs de renforcer la promotion de la santé sexuelle, notamment en direction des jeunes, d'améliorer l'accès à la contraception, la coordination des acteurs et de dépister plus tôt, afin d'être en mesure de respecter la dynamique fixée par l'OMS d'un arrêt de la transmission du VIH à l'horizon 2030.

D'ici à 2020, elle ambitionne d'atteindre des objectifs intermédiaires de 90 % de sujets infectés diagnostiqués, 90 % de sujets diagnostiqués bénéficiant d'un traitement antirétroviral et 90 % des sujets sous traitements ayant une charge virale indétectable. Dans la mesure où aujourd'hui encore près de 50 % des sujets séropositifs en Guadeloupe, et 60 % à Saint-Martin, méconnaissent leur état, ces questions sont d'un intérêt majeur.

b. La Martinique

Le Schéma régional de santé 2018-2022 de la Martinique ⁽¹⁾ est structuré en trois orientations dont la première, « Mieux vivre », se donne pour objectifs de placer la promotion de la santé au cœur de toutes les politiques et de renforcer et valoriser les actions et dispositifs de promotion et de prévention ciblés autour des priorités de santé publique de la région.

La prévention n'est pas absente des autres orientations, dont l'une a pour finalité de « Mieux soigner et prendre en charge », notamment via le renforcement de la démographie des professionnels de santé. Les enjeux identifiés dans le COS pour la décennie ⁽²⁾ sont d'anticiper les effets du vieillissement et de la perte d'autonomie de la population, d'améliorer la santé des mères et des enfants et lutter contre la mortalité infantile, de réduire l'impact du surpoids et de l'obésité et leur incidence sur les maladies chroniques, de garantir une prise en charge de qualité des cancers et d'améliorer la prise en charge de la santé mentale.

(1) https://www.prs-martinique.ars.sante.fr/system/files/2018-08/ARS18_PRS_SRS_A4_V12BD_1.pdf

(2) https://www.prs-martinique.ars.sante.fr/system/files/2018-08/ARS18_PRS_COS_A4_v14BD.pdf

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, en faveur des plus vulnérables supposera d’agir sur les difficultés d’accès aux soins et à la prévention de ces populations et d’adapter le système de santé de manière à structurer le maillage territorial garantissant une égalité d’accès à l’offre de santé.

c. La Guyane

Votre rapporteure a pu consulter le document d’évaluation du Programme régional de santé 2011-2015⁽¹⁾, qui avait notamment conclu que la prévention était peu développée en Guyane et souligné l’urgence de développer des actions d’éducation à la santé sexuelle et reproductive, de prévention des maladies cardio-vasculaires, sur l’ensemble des maladies métaboliques et le cancer.

Entre autres enjeux à traiter, le champ de la santé mentale, au regard de la question du suicide, en particulier des Amérindiens, celui de la prévention et promotion de la santé, qui restait à construire, d’autant plus important que des problématiques liées à l’augmentation de la prévalence des maladies métaboliques, à la santé sexuelle et reproductive, etc., prenaient de l’ampleur.

Le Schéma régional de santé 2018-2022⁽²⁾, entend, en premier lieu, réduire les inégalités d’accès aux soins spécifiques et améliorer les prises en charge en rééquilibrant les moyens en fonction des besoins, notamment sur les territoires en sous-offre. Il vise aussi à organiser des parcours qui répondent aux besoins, en particulier des « parcours de vie » couvrant diverses problématiques : drépanocytose, santé mentale, handicap, parents-enfants-jeunes, sans-abri, territoires de l’intérieur, et des parcours de santé (nutrition-santé, cancer, VIH-Sida, addictions, AVC). Le SRS cherche enfin à donner aux populations davantage de maîtrise de leur santé et les outils pour l’améliorer, en développant la prévention universelle afin de créer un environnement favorable à la santé pour tous, par des programmes au plus près des populations et des territoires, en accompagnant le pouvoir d’agir individuel et collectif des populations et en soutenant leur participation aux politiques de santé.

d. Mayotte et La Réunion

Pour hétérogènes qu’elles soient, tant par leurs démographies que par la diversité des problématiques ou leur évolution socio-économique, les grandes lignes stratégiques de la politique de santé à Mayotte et à La Réunion⁽³⁾ sont communes, notamment en ce qui concerne la place à accorder à la prévention. La coopération entre les deux îles est perçue comme prometteuse pour le développement sanitaire de chacune.

(1) <https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/2018-02/PRS%201%20Rapport%20final%20d%27%C3%A9valuation%20PRSI.pdf>

(2) https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/2018-05/PRS_SRS%20guyane%20mis%20consultation.pdf

(3) L’ARS « Océan indien » étant compétente pour les deux îles de Mayotte et de La Réunion, les documents stratégiques en vigueur sont communs. L’ARS de Mayotte, actuellement en phase de préfiguration ainsi qu’il a été décidé dans le cadre du plan adopté à l’issue de la concertation régionale du début de l’année, sera pleinement autonome au 1^{er} janvier 2020.

Cela étant, si le cadre global est identique et les ambitions partagées, les leviers d'action et les objectifs opérationnels diffèrent logiquement, et comportent des volets propres à chacune des îles.

Huit enjeux structurent le COS 2018-2028⁽¹⁾ : L'amélioration de la santé de la femme, du couple et de l'enfant, notamment pour réduire, à échéance de 10 ans, la morbi-mortalité maternelle et infantile, la préservation de la santé des jeunes, l'amélioration de la santé nutritionnelle, pour prévenir et prendre en charge les situations de dénutrition, notamment infantile mais aussi ralentir la progression de l'obésité et du surpoids et la croissance des pathologies nutritionnelles et métaboliques ; la qualité de vie et la santé des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, pour prévenir et retarder la perte d'autonomie, la prévention et la prise en charge des maladies chroniques, la promotion et la protection de la santé mentale, l'environnement au service de la santé ainsi que le renforcement de la veille sanitaire et de la réponse aux situations exceptionnelles en territoire insulaire.

Le Schéma régional de santé⁽²⁾ développe des principes structurants transversaux afin, notamment, de promouvoir une culture commune en matière de prévention qui irrigue l'ensemble des politiques de santé en association avec les autres politiques publiques. Pour ce faire, l'ARS ambitionne de renforcer les capacités d'action en prévention primaire et de coordonner l'action publique en la matière et intégrer la prévention dans tous les parcours de soins.

En parallèle, deux schémas de santé ont été élaborés, l'un pour La Réunion, l'autre pour Mayotte, qui mettent chacun l'accent sur les problématiques les plus aiguës en fonction du contexte.

Par ailleurs, la sortie de la très longue et très grave crise sociale du début de cette année à Mayotte a été acquise grâce à l'adoption d'un Plan sur l'avenir de l'île⁽³⁾, couvrant les années 2018-2022, qui, en matière de santé, prévoit notamment, outre une agence régionale de santé dotée de ses effectifs propres, l'élaboration d'un projet de santé mahorais 2018-2022 permettant de mieux prendre en compte les besoins et les spécificités du département.

Selon les indications qui ont été fournies à votre rapporteure, deux axes ont été définis dans ce cadre, qui renforceront la planification des actions de prévention qui seront priorisées en accord entre les partenaires institutionnels et associatifs, lesquels bénéficieront d'accompagnement en ingénierie pour renforcer leurs capacités d'action. Dans un premier temps, les actions de prévention seront renforcées en matière de santé environnementale (habitat insalubre, assainissement, hygiène, maladies féco-orales) et de santé sexuelle et reproductive (suivi des grossesses, contraception, dépistage du VIH et autres IST, prévention des violences sexuelles).

(1) https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/system/files/2018-06/ARS_OI_PRS2_COS_VD_0.pdf

(2) https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/system/files/2018-06/ARS-OI_PRS2_SRS%20VOLET%201%20PTS%20REU-MAY_VD.pdf

(3) <https://fr.calameo.com/read/0008863796c472c8a1c08>

2. Les PRAPS : des outils de prévention au service des plus précaires

Au sein des Projets régionaux de santé, la problématique de l'exclusion et les populations défavorisées sont l'objet d'une attention particulière. Un « Programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies », PRAPS, doit fixer les actions prioritaires et déterminer les modalités de leur mise en œuvre au niveau régional et, le cas échéant, aux niveaux des départements de la région ⁽¹⁾.

Ainsi, parmi les objectifs définis dans le PRAPS de la Guadeloupe ⁽²⁾, outre l'amélioration des conditions d'accès aux droits et aux soins des publics éloignés du système de santé, est notamment prévu le développement du repérage et de l'accompagnement adapté des publics précaires par des dispositifs mobiles de prévention et de prise en charge.

En Martinique, le PRAPS ⁽³⁾ vise entre autres à renforcer et à faciliter l'accès à la prévention auprès des populations cibles, en menant des actions d'information, de sensibilisation, et en faisant connaître les dispositifs de prévention existants, en complément de l'amélioration et de l'adaptation de l'offre de soins et de son accessibilité.

Celui de Guyane ⁽⁴⁾ tient compte d'un contexte particulier d'inégalités d'accès à la prévention compte tenu de la géographie et du hiatus entre zones urbaines et reculées, et recherche des solutions adaptées en matière de santé publique pour répondre aux problématiques locales sur les thèmes prioritaires que sont, en premier lieu, l'accès à la santé, le développement de l'accompagnement personnalisé des personnes éloignées du système de santé et l'insertion des personnes dans un parcours de santé, en visant spécifiquement les territoires de l'intérieur et les « sans chez-soi ».

Le PRAPS de La Réunion ⁽⁵⁾ vise en particulier les besoins spécifiques des jeunes les plus vulnérables et l'amélioration de l'accès aux soins des personnes en exclusion sociale ou isolées, des personnes en situation de prostitution, l'accompagnement social des personnes en transfert sanitaire ou migrantes, ainsi que le repérage précoce et l'accompagnement des femmes victimes de violences.

(1) Article D1411-59 du code de la santé publique.

(2) <https://www.guadeloupe.ars.sante.fr/system/files/2018-04/20180405%20-%20PRAPS%20Guadeloupe%20VF%20soumise%20%C3%A0%20consultation.pdf>

(3) <https://www.martinique.ars.sante.fr/system/files/2018-02/20180223%20-%20PRAPS%20CONSULTATION.pdf>

(4) https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/2018-05/PRS_PRAPS%20guyane%20mis%20en%20consultation.pdf

(5) https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/system/files/2018-06/ARS-OI_PRS2_PRAPS_Volet%20I_R%C3%A9union_VD.pdf

C. DES FINANCEMENTS QUI, FACIALEMENT, SEMBLENT ÊTRE À LA HAUTEUR

1. La prévention dans la Mission Santé du PLF : une part nécessairement modeste

Dans leur ensemble, les crédits de la mission Santé augmentent de +3,5 % dans le PLF 2019 par rapport à l'année précédente, tant en AE (1 422,2 M€ demandés contre 1 374,6 M€ ouverts en LFI 2018) qu'en CP (1 423,5 M€ demandés contre 1 375,8 M€ votés en LFI 2018).

RÉCAPITULATION DES CRÉDITS PAR PROGRAMME ET PAR TITRE

Numéro et intitulé du programme et du titre	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Ouvertes en LFI pour 2018	Demandées pour 2019	FDC et ADP attendus en 2019	Ouvertes en LFI pour 2018	Demandés pour 2019	FDC et ADP attendus en 2019
204 / Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	484 842 584	479 313 452		486 142 584	480 613 452	
Titre 2. Dépenses de personnel		1 442 239			1 442 239	
Autres dépenses :	484 842 584	477 871 213		486 142 584	479 171 213	
Titre 3. Dépenses de fonctionnement	338 365 633	350 888 407		338 415 633	349 888 407	
Titre 6. Dépenses d'intervention	146 476 951	126 982 806		147 726 951	129 282 806	
183 / Protection maladie	889 719 241	942 900 000		889 719 241	942 900 000	
Titre 6. Dépenses d'intervention	889 719 241	942 900 000		889 719 241	942 900 000	
Total pour la mission	1 374 561 825	1 422 213 452		1 375 861 825	1 423 513 452	
dont :						
Titre 2. Dépenses de personnel		1 442 239			1 442 239	
Autres dépenses :	1 374 561 825	1 420 771 213		1 375 861 825	1 422 071 213	
Titre 3. Dépenses de fonctionnement	338 365 633	350 888 407		338 415 633	349 888 407	
Titre 6. Dépenses d'intervention	1 036 196 192	1 069 882 806		1 037 446 192	1 072 182 806	

Source : PLF2019, Projet annuel de performances, Mission santé, page 12

Pour positive qu'elle soit à première vue, cette évolution n'en est pas moins insatisfaisante, comme le montre une analyse plus fine.

- Le Programme 204 (Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins)

L'analyse détaillée du programme 204, qui concentre les crédits de la loi de finances destinés à la prévention, montre en effet une baisse globale des crédits, de 1,1 %, par rapport à l'année précédente, à 479,3 M€ demandés en AE contre 484,8 M€ votés l'an dernier. La demande de CP suit la même tendance : 480,6 M€ demandés contre 486,1 M€ votés en 2018, soit une diminution de 1,1 % également.

L'examen des crédits par titre montre que les dépenses de fonctionnement (Titre 3) sont en augmentation, +3,7 % en AE et CP, alors même que le programme perd 22 ETP, avec un plafond fixé à 1 686 contre 1 708 l'an dernier.

Les dépenses d'intervention (titre 6) sont en revanche en forte diminution : un peu moins de 127 M€ sont demandés en AE et CP contre quelque 147 M€ votés en LFI 2018, soit une baisse de 13,3 % en AE et 12,5 % en CP !

L'examen des crédits par action laisse votre rapporteure dans une certaine perplexité, dans la mesure où il est notamment difficile d'en conclure qu'ils traduisent la priorité accordée à la prévention.

Globalement, l'action 11, « *Pilotage de la politique de santé publique* », perd quelque 3,1 %, en AE et 3,5 % en CP. Ce sont les dépenses d'intervention qui sont surtout affectées, avec une baisse de 17,1 % (AE=CP, 76,3 M€ demandés contre 92,04 M€), alors que les dépenses de fonctionnement sont orientées à la hausse : + 4,3 %. Près de 80 M€ sont consacrées aux dépenses d'actions contentieuses et juridiques, et 153,74 M€ représentent la subvention pour charges de service public allouée à l'Agence nationale de santé publique, ANSP, financée exclusivement par l'État.

L'action 12, « *Santé des populations* », gagne en revanche + 6,87 % en AE=CP, ce dont votre rapporteure se félicite, ces crédits participant de la politique de prévention, à destination des populations en difficulté, des mères et enfants, et des problématiques de violence, mais fort modestement, puisqu'ils se limitent à 1 M€.

L'action 14, « *Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades* », est stable, quoiqu'en très légère diminution en ce qui concerne les AE (- 260 K€), les CP étant en augmentation de 1,4 %. Elle finance essentiellement l'Institut national du cancer, INCa, et, de manière bien plus modeste (4,8 M€), la santé sexuelle et reproductive.

De son côté, la « *Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation* », action 15, perd 1,1 % (AE=CP). Cette ligne finance entre autres plusieurs plans d'action, dont des dépenses du plan chlordécone.

L'action 16, « *Veille et sécurité sanitaire* », bénéficie d'une hausse considérable de sa dotation, +40,9 % en AE=CP, avec 1,61 M€ demandés contre 1,14 M€ votés en 2018. Les crédits consacrés à la « *Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins* », action 17, sont en légère baisse mais relativement stables en proportion, - 0,2 %. La subvention pour charges de service public allouée à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, ANSM, s'élève à près de 118 M€, soit 97 % des crédits de cette action. L'action 19, « *Modernisation de l'offre de soins* », est augmentée de 6,5 % en AE et de 6,3 % en CP.

RÉCAPITULATION DES CRÉDITS PAR PROGRAMME ET PAR ACTION

Numéro et intitulé du programme et de l'action	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Ouvertes en LFI pour 2018	Demandées pour 2019	FDC et ADP attendus en 2019	Ouverts en LFI pour 2018	Demandés pour 2019	FDC et ADP attendus en 2019
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	484 842 584	479 313 452		486 142 584	480 613 452	
11 – Pilotage de la politique de santé publique	251 786 677	243 941 606		251 786 677	242 941 606	
12 – Santé des populations	945 000	1 010 000		945 000	1 010 000	
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	52 723 547	52 465 399		52 723 547	53 465 399	
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	18 308 000	18 099 747		18 308 000	18 099 747	
16 – Veille et sécurité sanitaire	1 142 401	1 610 000		1 142 401	1 610 000	
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	121 743 155	121 492 898		121 743 155	121 492 898	
18 – Projets régionaux de santé						
19 – Modernisation de l'offre de soins	38 193 804	40 693 802		39 493 804	41 993 802	
183 – Protection maladie	889 719 241	942 900 000		889 719 241	942 900 000	
02 – Aide médicale de l'Etat	881 719 241	934 900 000		881 719 241	934 900 000	
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	8 000 000		8 000 000	8 000 000	

Source : PLF 2019, Projet annuel de performances, Mission santé, page 11

Concernant spécifiquement les crédits de ce programme pour les outre-mer, le Gouvernement a retracé dans le tableau suivant leur évolution sur la période 2014-2018 :

Evolution des crédits alloués à l'Outre-Mer										
en M€	Exécution 2014		Exécution 2015		Exécution 2016		Exécution 2017		LFI 2018	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	Programme 204	36.35	36.20	74,39	47,69	48,45	49,80	43.44	44.82	39.64

Source : Ministère des solidarités et de la santé

Selon le ministère, cette évolution à la baisse résulterait d'une part, de changements de périmètre, et d'autre part, de mises en œuvre de projets de prévention et de crises sanitaires et de l'augmentation du subventionnement des agences sanitaires.

Les crédits État pour le Fonds d'intervention régional ont en effet été transférés à l'assurance maladie en LFI 2017. Sur la période 2014 à 2016, 4,50 M€, 16 M€ et 15 M€ ont été versés aux ARS ultramarines.

Par ailleurs, il semble opportun de préciser que les études de préventions subventionnées sur le programme 204 sont réalisées principalement par des associations, des instituts et observatoires, et par des opérateurs de santé relevant du Programme 204.

Si un grand nombre de ces études dure d'un à trois ans, des recherches peuvent nécessiter une mise en œuvre longue, comme les études sur le chlordécone (280 K€ par an), ESTEBAN (1 M€ sur 4 ans), la lutte anti-vectorielle et les risques émergents (300 K€ par an).

Depuis 2017, l'État a ainsi engagé de nouveaux projets dont les principaux sont :

- santé sexuelle en Guyane (10 K€ par an) maintenu en 2018 et 2019 ;
- lutte contre VIH/IST en milieu carcéral et outre-mer (80 K€ par an) qui s'étendra jusqu'en 2019 ;
- accompagnement autonomie santé (projet de 2 425 M€ pour 5 ans) ;
- financement des registres des cancers de la Martinique et de la Guadeloupe par l'institut national du cancer (INCa) à hauteur de 388 K€ (maintenu en 2019) ;
- rattrapage de la vaccination à Mayotte par l'agence nationale de santé publique (ANSP) à hauteur de 3,80 M€.

Par ailleurs, l'année 2017 a été marquée par deux importants dispositifs d'intervention dont celui à Saint Barthélemy et à Saint-Martin suite au passage des ouragans « Irma » et « Maria » assuré par l'ANSP, pour un financement de 3,50 M€ et en Guadeloupe suite à l'incendie de l'hôpital de Pointe-à-Pitre assuré directement par la direction générale de la santé (DGS) à hauteur de 412 K€.

Enfin, si ce rapport est circonscrit aux seuls départements d'outre-mer, il convient de noter que ce programme 204 finance également les interventions en prévention et promotion de la santé de l'ARS de Saint Pierre et Miquelon, avec des crédits augmentés de 175 % entre 2014 et 2018, et le fonctionnement de l'ARS de Wallis et Futuna dont la subvention versée a augmenté de 14 % sur la même période.

Au regard de ces données, il apparaît que les crédits alloués aux outre-mer ne subissent pas l'impact de -5 % correspondant au taux d'économie souhaité par le Gouvernement. En périmètre courant, les crédits 2018 en CP sont de +13.26 % par rapport à ceux de 2014, et en périmètre constant (hors changement de périmètre) l'augmentation est de + 29.5 % en CP.

- Le Programme 183 (Protection maladie)

À l'inverse du programme 204, le programme 183 bénéficie d'une forte augmentation : 942,90 M€ sont demandés en AE=CP contre 889,7 M€ votés en LFI 2018, soit une hausse de près de 6 % (+5,98 %). Cette augmentation se fait au seul profit de l'Aide médicale d'État, pour laquelle 934,9 M€ en AE=CP sont demandés (contre 881,7 M€ l'an dernier), le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante restant en revanche stable à 8 M€ (AE=CP) d'une année sur l'autre.

2. La nécessité d'une lecture croisée avec le PLFSS

a. Le Fonds d'intervention régional

Chargées de mettre en œuvre la politique nationale de santé au niveau régional dans ses divers volets, les ARS reçoivent leurs budgets de plusieurs sources et notamment du Fonds d'intervention régional, FIR, qui leur permet de financer les actions, expérimentations et, le cas échéant, structures qu'elles mobilisent et qui concourent à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, traumatismes, handicaps et pertes d'autonomie⁽¹⁾. La fongibilité des crédits, prévue à l'article L. 1434-8 du code de la santé, donne en outre aux ARS la possibilité de répartir les financements à leurs dispositions en fonction des priorités territoriales qu'elles auront définies.

Le FIR finance cinq missions différentes :

1) la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;

2) l'organisation et à la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;

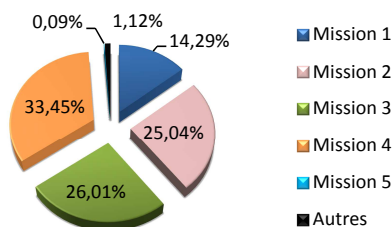
3) la permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;

4) l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;

5) le développement de la démocratie sanitaire.

Au niveau national, dans l'ensemble, les ARS consacrent proportionnellement des moyens relativement modestes - un peu plus de 14 % -, à la mission 1, comme le résume le tableau ci-dessous.

Données FIR nationales 2016



Source : ARS de Guyane

(1) Article L. 1435-8 du code de la santé publique.

Consécutivement, une analyse cohérente et exhaustive de la problématique de la prévention dans les outre-mer suppose de s'écarter des seules dispositions du PLF pour étudier les moyens mis en œuvre par les ARS via le FIR dont les montants sont déterminés en loi de financement de la sécurité sociale.

On rappellera également que, selon les données fournies dans le PLFSS 2019, la « prévention institutionnelle », financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux, s'est élevée à 6,1 milliards d'euros en 2017, en hausse de 4,2 % par rapport à 2016. Elle représente aujourd'hui 91 euros par habitant.

Dans cet ensemble, comme le montre le tableau ci-dessous, la prévention individuelle a représenté 3,8 milliards, en hausse de 2,9 %, et la prévention collective 2,3 milliards d'euros, en hausse de 6,3 %. Ces données globales sont intéressantes pour étayer les comparaisons avec les régions ultramarines, sachant que, pour l'année 2017, le montant total des crédits délégués aux ARS ⁽¹⁾ via le FIR s'est élevé à 3,355 milliards d'euros sur l'ensemble des régions, dont 199,63 M€ pour celles de Guadeloupe (44,94 M€), Guyane (31,8 M€), Martinique (46,31 M€) et Océan indien, pour La Réunion et Mayotte, (76,58 M€).

Pour mémoire, l'article 6 du PLFSS 2019 a rectifié à 3,3 milliards d'euros le montant des dépenses relatives au FIR voté en LFSS initiale en 2018, qui avait été fixé à 3,4 milliards (article 75, LFSS 2018). Le PLFSS a également déterminé le montant des dépenses du FIR à 3,5 milliards d'euros pour 2019 (article 53 du PLFSS).

(1) Arrêté du 18 mai 2017 fixant le montant des crédits délégués aux ARS au titre du Fonds d'intervention régional et des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale

ESTIMATION DES DÉPENSES DE PRÉVENTION INSTITUTIONNELLE

Montants en millions d'euros, évolution en moyenne annuelle (en %)

	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	Evolution 2008-2017	Evolution 2016-2017
PREVENTION INDIVIDUELLE	3 358	3 438	3 427	3 640	3 648	3 673	3 780	1,3	2,9
PREVENTION INDIVIDUELLE PRIMAIRE	2 725	2 806	2 824	2 974	2 988	3 019	3 085	1,4	2,2
Vaccins ¹	126	123	126	132	134	136	131	0,4	-3,4
PMI - Planning familial	677	688	673	673	662	658	671	-0,1	1,9
Médecine du travail	1 464	1 512	1 527	1 619	1 632	1 645	1 690	1,6	2,7
Médecine scolaire	458	482	498	549	561	580	593	2,9	2,3
PREVENTION INDIVIDUELLE SECONDAIRE	633	632	604	667	659	654	695	1,0	6,2
Dépistage des tumeurs	172	173	184	179	172	171	172	0,0	0,7
Dépistage VIH/Sida, hépatites, tuberculose et autres maladies infectieuses	214	203	161	210	205	204	235	1,0	15,4
Dépistage autres pathologies	23	25	26	36	40	40	45	7,9	13,5
Examens de santé	176	181	182	184	185	181	185	0,5	2,0
Bilans bucco-dentaires	48	49	51	58	58	58	57	2,1	-1,7
PREVENTION COLLECTIVE	2 434	2 393	2 369	2 285	2 206	2 199	2 337	-0,5	6,3
Actions sur les comportements : information, promotion et éducation à la santé	482	517	498	478	413	412	423	-1,5	2,5
Campagnes en faveur des vaccinations*	24	24	24	24	23	23	24	0,1	4,5
Lutte contre les IST ² , santé sexuelle, contraception*	28	28	31	21	12	6	6	-15,4	-0,8
Lutte contre l'addiction*	89	105	98	83	77	76	90	0,1	18,1
Nutrition - santé*	15	27	17	18	16	16	17	1,8	10,8
Autres pathologies*	19	22	27	31	28	29	30	5,4	5,1
Autres actions d'information, promotion et éducation à la santé	307	311	301	302	257	262	254	-2,1	-3,0
Actions sur l'environnement	1952	1876	1871	1807	1792	1786	1914	-0,2	7,2
Hygiène du milieu (y compris lutte anti-vectorielle)	519	530	533	558	575	587	587	1,4	0,0
Prévention des risques professionnels	245	249	254	246	238	239	272	1,2	13,7
Prévention et lutte contre la pollution	156	225	172	138	132	138	143	-1,0	3,1
Surveillance, veille, recherche, expertise, alerte	296	319	325	312	317	314	391	3,1	24,2
Urgences et crises	97	-28	42	40	25	20	6	-26,3	-68,9
Sécurité sanitaire de l'alimentation	638	582	544	512	506	486	515	-2,4	5,9
ENSEMBLE PREVENTION INSTITUTIONNELLE	5 792	5 831	5 796	5 925	5 853	5 872	6 116	0,6	4,2
<i>Evolution en %</i>	5,8	-10,8	-0,1	-0,2	-1,2	0,3	4,2		
dont dans le champ CSBM ³	-104	-106	-102	-107	-102	-110	-127	2,2	14,9
PREVENTION INSTITUTIONNELLE HORS CSBM	5 688	5 725	5 694	5 818	5 751	5 761	5 990	0,6	4,0

Source : PLFSS 2019, annexe 7, page 23.

b. Les crédits du FIR pour la prévention en outre-mer

Sur l'année 2018, les crédits du FIR se sont élevés à 207 M€ pour les outre-mer. Selon les éléments qui ont été communiqués à votre rapporteure, en 2017, les ARS ultramarines ont consacré au total 47,3 M€ à la prévention ce qui représente plus de 23 % des crédits 2018 du FIR (199,6 M€), comme le montre le tableau ci-dessous. Les politiques que conduisent les ARS sur la base de leurs documents stratégiques ne semblent donc pas, facialement, dépourvues de moyens.

Dépenses réalisées en 2017 par les ARS ultramarines sur la mission 1 du FIR (Promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie)						
	Actions de pilotage régional et de soutien dans le domaine de la prévention et de l'observation en santé, de l'évaluation des programmes de santé et de la diffusion des bonnes pratiques	Actions en matière d'éducation à la santé et de prévention des maladies, des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux, en particulier d'éducation thérapeutique des patients	Actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles	Actions mises en œuvre dans le cadre de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles	Actions tendant à la prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie, à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux conseils généraux	Total
Guadeloupe	883 919	4 205 953	2 946 059	140 294	380 000	8 556 225
Guyane	804 005	6 207 414	6 164 192	0	1 000	13 176 611
Martinique	1 748 859	3 286 899	2 281 198	51 023	611 485	7 979 464
Océan Indien	2 103 830	8 982 420	5 638 635	23 400	866 820	17 615 105
Total OM	5 540 613	22 682 686	17 030 084	214 717	1 859 305	47 327 405

Source : ministère des solidarités et de la santé

c. Le détail des financements par DROM

i. Martinique

En Martinique, en matière de prévention, l'ARS a ainsi travaillé ces dernières années selon deux axes pour mettre en œuvre cette stratégie.

En premier lieu, le soutien aux associations martiniquaises, dans une perspective de professionnalisation, de soutien méthodologique, en collaboration avec l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé, IREPS. Des conventions d'objectifs pluriannuels ont été conclues, qui permettent de dessiner des trajectoires et conférer une visibilité budgétaire aux partenariats.

Par ailleurs, pour maintenir le niveau de protection collective, l'ARS a repris à sa charge le dispositif de vaccination gratuite auparavant de la responsabilité du conseil général. Elle mène également une activité soutenue sur les problématiques de VIH, en partenariat avec la COREVIH⁽¹⁾, qui s'est notamment traduite par l'habilitation de deux CeGIDD⁽²⁾. Sur les dernières années et jusqu'à aujourd'hui, les moyens budgétaires se sont répartis comme ceci⁽³⁾ :

(1) COREVIH : Coordination régionale de lutte contre le VIH.

(2) CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

(3) Données communiquées à votre rapporteure par l'ARS.

DEPENSES D'INTERVENTION DE LA PREVENTION GENERALE							
ANNEE	2015	2016		2017		2018 au 16 octobre	
DEPENSE GLOBALE →	4 478 864,00	5 677 249,00	26,76	5 507 274,00	-2,99	5 500 739,00	-0,12
THEMES ↓							
ADDICTION	279 201,00	152 000,00	-45,56	195 150,00	28,39	163 000,00	-16,47
NUTRITION	224 450,00	223 750,00	-0,31	234 286,00	4,71	66 080,00	-71,80
VIH/IST	180 000,00	396 700,00	120,39	205 000,00	-48,32	122 400,00	-40,29
SEXUALITE	280 550,00	96 050,00	-65,76	133 574,00	39,07	242 400,00	81,47
CANCER	546 329,00	429 000,00	-21,48	635 365,00	48,10	611 437,00	-3,77
ANIMATION TERRITORIALE	0,00	388 415,00		409 348,00	5,39	518 435,00	26,65
STRUCTURES & DISPOSITIFS	2 045 716,00	2 654 448,00	29,76	2 988 257,00	12,58	3 147 607,00	5,33
* SHM (actions recentralisées)	1 405 428,00	832 028,00	-40,80	1 155 898,00	38,93	1 155 898,00	0,00
* CEGIDD (SHM)	0,00	646 248,00		646 248,00	0,00	646 248,00	0,00
* CEGIDD (CHUM)		232 461,00		327 461,00	40,87	327 461,00	0,00
* IREPS + Pôle de compétence (à partir de 2017)	325 600,00	465 461,00		479 950,00		553 174,00	
* CISS (devenu URAASS mi-2017)	60 000,00	60 000,00	0,00	60 000,00	0,00	18 000,00	-70,00
* CREPS	149 500,00	149 500,00	0,00	140 000,00	-6,35	140 000,00	0,00
* OSM	161 250,00	268 750,00	66,67	178 700,00	-33,51	306 826,00 *	71,70
VACCINATION		575 535,00		593 061,00	3,05	584 680,00	-1,41
* SHM		23 870,00**					
* Ville de FdF		496 063,00		458 765,00	-7,52	360 903,00	-21,33
* CTM		55 602,00		134 296,00	141,53	223 777,00	66,63
PROMOTION SANTE ENVIRONNEMENT	123 609,00	97 882,00	-20,81	113 233,00	15,68	26 700,00	-76,42
DEMOCRATIE SANITAIRE	33 500,00	20 000,00	-40,30			18 000,00	
Formation des représentants des Usagers						18 000,00	
Recueil de la parole des Usagers		20 000,00					
Autres MIS Démocratie en santé	33 500,00						
AUTRES	799 009,00	643 469,00					

Source : ARS de Martinique

Dans le détail et compte tenu de la prégnance des problématiques de santé en Martinique (contamination au chlordécone, prévalence de l'obésité et des comportements addictifs), votre rapporteure s'inquiète de la baisse drastique des crédits en faveur de la prévention contre les addictions et maladies sexuellement transmissibles.

ii. Guyane

En Guyane, les priorités se sont notamment traduites sur la période récente par le développement d'actions de vaccination et de lutte contre diverses pathologies, au premier rang desquelles la tuberculose, la lèpre, le renforcement des CeGIDD et la prévention du VIH, ainsi que des mesures de lutte antivectorielle (entre autres, la fièvre jaune).

Les actions de soutien et le développement de partenariats constituent également un axe important. Sur un FIR d'un montant global de quelque 33,2 M€, près d'un tiers sont consacrés à des actions de prévention, ainsi que le reflète le tableau ci-dessous, auxquels s'ajoutent plus de 500 000 euros financés sur appels à projets.

Thématiques HORS APPEL à PROJETS	Montants accordés en 2018
Lutte antivectorielle	877 949,10 €
Actions de soutien et de partenariats pour relayer la politique de santé publique	960 602,00 €
Cancer	294 872,00 €
Education thérapeutique du patient	433 666,50 €
Environnement et santé	82 725,80 €
Evaluation, expertise, études et recherche	159 800,00 €
Lutte contre les traumatismes et les violences	10 000,00 €
Politiques médico-sociales (CNSA)	154 172,27 €
Prévention de pratiques addictives	5 000,00 €
Risques vasculaires	105 000,00 €
Santé des populations en difficulté	796 968,00 €
Santé mentale	147 524,00 €
Tuberculose, vaccinations, lèpre et IST recentralisées Rage	5 787 893,50 €
VIH / SIDA / IST / Hépatites	716 675,00 €
Total général	10 532 848,17 €

Source : ARS de Guyane

iii. Guadeloupe

De son côté, l'ARS de Guadeloupe consacre quelque 7,1 millions d'euros en 2017 à sa politique de prévention, en augmentation régulière, puisque l'enveloppe était de 6,8 M€ en 2016 et 6,2 M€ en 2015. La part la plus importante, 1,7 M€, soit près de 24 %, est affectée aux CeGIDD, la « promotion de la santé » se voyant créditée de plus de 500 000 euros, les vaccinations de 750 000 euros.

FINANCEMENT DE LA PRÉVENTION GUADELOUPE

	2015	2016	2017
Actions pilotage SP		473 664	12 800
Actions soutien CLS		87 055	369 864
action de veille	52 013	65 810	50 000
Évaluation expertise	206 000	229 000	322 357
Pôles régionaux PRC			56 800
dépistage néonatal surdité		2 100	9 800
cancers autres	25 000	25 000	26 000
prévention pratiques addictives	70 557	133 500	7 126
promotion de la santé mentale	83 104	40 000	45 000
pr�v. Pathologie cardio-vas	58 456	67 000	45 000
promotion nutrition	6 584	465 000	413 938
lutte ob�sitt�	19 464	153 530	240 085
pr�v maladies chroniques	210 760	94 775	97 000
Educ thérapeutique	440 730	141 840	15 600
prom santé population		358 877	515 800
p�nita pt enfance	122 810	15 000	241 450
lutte contre les traumatismes		0	0
vaccinations	661 051	724 934	750 934
Vaccinations, autres	9 253		
dispositif de LAV		0	40 104
cancers structures	535 696	494 175	774 474
Ciddist		0	
SIDA- IST hépatites	862 110	381 915	390 446
SIDA- IST hépatites, autres	561 353		
Tuberculose	845 954	946 000	845 955
C�GIDD		1 785 988	1 714 658
Prévention handicaps		119 809	127 400
santé population en difficulté	701 362		
Autres actions (2015)	743 279		
TOTAL	6 215 536	6 804 972	7 112 591

Source : ARS de Guadeloupe

iv. Mayotte

À Mayotte, comme le met en lumière le tableau ci-après, l'essentiel des crédits du FIR sont également consacrés à la prévention. La hausse considérable visible pour 2018 reflète l'accord intervenu au printemps dernier pour sortir de la crise mahoraise, l'ARS de l'Océan indien ayant alors bénéficié d'un abondement de 3,9 M€ sur le FIR 2018, pour augmenter la part consacrée à Mayotte de 50 %.

	2015	2016	2017	2018 *	% du FIR May 2018 *
MISSION 1: Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	4 152 179	4 779 063	5 805 804	8 126 485	68,41%
MISSION 2 : Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale	16 003	0	101 000	813 069	6,84%
MISSION 3 : Permanence des soins et répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire	40 000	40 000	144 996	847 400	7,13%
MISSION 4 : Efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels	1 045 000	1 000 000	1 543 000	2 053 918	17,29%
MISSION 5 : Développement de la démocratie sanitaire	2 250	10 900	2 000	38 000	0,32%
TOTAL FIR MAYOTTE	5 255 432	5 829 963	7 596 800	11 878 872	100,00%

Source : ARS de Mayotte

Les principales thématiques couvertes par les dépenses de prévention concernent les maladies infectieuses, la santé sexuelle et les risques nutritionnels :

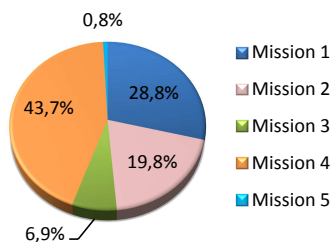
	2015		2016		2017		2018 *	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Additions	256 125	6,17%	315 798	6,61%	280 469	4,83%	541 950	6,67%
Cancers	504 804	12,16%	406 000	8,50%	469 161	8,08%	393 600	4,84%
Handicap	17 500	0,42%	102 500	2,14%	53 000	0,91%	113 000	1,39%
Maladies infectieuses	1 243 364	29,95%	1 500 600	31,40%	1 758 150	30,28%	1 864 800	22,95%
Périnatalité et santé du jeune enfant	427 058	10,29%	452 390	9,47%	516 151	8,89%	439 000	5,40%
Risques environnementaux (dont lutte anti vectorielle)	262 339	6,32%	243 331	5,09%	433 720	7,47%	393 130	4,84%
Risques nutritionnels	530 347	12,77%	773 879	16,19%	983 280	16,94%	1 501 300	18,47%
Santé mentale	90 750	2,19%	30 000	0,63%	53 400	0,92%	82 400	1,01%
Santé sexuelle	716 202	17,25%	841 594	17,61%	1 042 673	17,96%	1 248 650	15,37%
Vieillesse	7 500	0,18%	20 000	0,42%	65 000	1,12%	25 000	0,31%
Etudes en santé	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	653 000	8,04%
Ingénierie d'appui	0	0,00%	0	0,00%	40 000	0,69%	100 000	1,23%
Général (autres problématiques de santé)	96 160	2,32%	92 971	1,95%	110 800	1,91%	770 655	9,48%
Total	4 152 149	100,00%	4 779 063	100,00%	5 805 804	100,00%	8 126 485	100,00%

Source : ARS de Mayotte

Au global, votre rapporteure constate ainsi que l'ensemble des ARS ultramarines consacrent des budgets souvent plus importants à la prévention que les autres, et ce dans des proportions parfois conséquentes.

C'est particulièrement vrai à Mayotte, où ce sont ainsi plus de 68 % du FIR qui seront affectés à la mission 1, soit quelque 8,1 M€ sur 11,9 M€, et en Guyane près de 29 %. Dans d'autres régions, les crédits de prévention sont bien plus proches de la moyenne nationale : en Guadeloupe, 7 M€ sur un FIR global de 44,90 M€ en 2017 représentent près de 17 %. En Martinique, ce sont 13,4 % du FIR qui ont été fléchés vers des actions de prévention.

Données FIR Guyane 2016



Source : ARS de Guyane

II. DERRIÈRE L’AFFICHAGE, LES MOYENS EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION OUTRE-MER DOIVENT ÊTRE ENCORE RENFORCÉS ET ADAPTÉS AUX RÉALITÉS DU TERRAIN

A. DES RAPPORTS ALARMANTS, ET APRÈS ?

1. Le constat sans appel de la Cour des comptes en 2014

Le rapport public thématique que la Cour des comptes publiait en juin 2014, « *La santé dans les outre-mer, Une responsabilité de la République* » ⁽¹⁾ dressait un constat sans appel.

Après avoir présenté la situation sanitaire des outre-mer français qui, pour être « *incomparablement meilleure que beaucoup des pays qui les entourent* », présente néanmoins les caractéristiques préoccupantes que votre rapporteure a rappelées précédemment, la Cour décrivait des systèmes de santé ultramarins en souffrance. Trois axes d’analyse lui permettaient d’illustrer cette réalité.

En premier lieu, la prévention, partout inscrite comme priorité, a été perdue de vue au profit de la prise en charges des urgences et de la médecine curative. En 2014, le déséquilibre dans l’affectation des moyens est conséquent et, pour la Cour, « *les dépenses de santé sont de ce fait si fréquemment limitées qu’il en résulte des pertes, non mesurées, de chance et des dépenses de soins qui pourraient être évitées* ».

Faibles, et en outre mal connues, les dépenses de prévention dans les outre-mer sont également erratiques, comme le reconnaissait la CNAMTS, qui ne consacrait que 8 euros par an et par habitant à la prévention en Guadeloupe, 7 en Martinique, et seulement 3 en Guyane et à La Réunion. Les financements additionnels sur projets présentés par les caisses, hors programmes nationaux, sont quant à eux insignifiants : 1 centime par an et par habitant entre 2010 et 2013 à La Réunion, 11 centimes en Guadeloupe ou 62 centimes en Guyane.

(1) <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-sante-dans-les-outre-mer-une-responsabilite-de-la-republique>

En parallèle, les disparités en matière de protection maternelle et infantile sont fortes. Si certains territoires, telle la Guadeloupe, connaissent une situation et des indicateurs proches de ceux de la métropole, d'autres sont dans un état préoccupant. À Mayotte, compte tenu de la démographie professionnelle, la PMI est en surtension sans avoir les moyens de faire face à ses tâches et les objectifs fixés, par exemple en matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile, restent hors de portée.

Dans le même esprit, les dispositifs de santé scolaire et universitaire, « *qui devraient jouer un rôle particulièrement important dans des territoires où l'accès aux soins élémentaires est souvent difficile* », sont souvent à renforcer : ainsi en Guyane, où seuls 35,1 % des enfants bénéficient effectivement du bilan médical prévu à l'article L. 541-1 du code de l'éducation, ou encore à Mayotte, où l'impasse a été faite sur la prévention scolaire. Il semble que la situation ne soit satisfaisante qu'en Guadeloupe et en Martinique.

Au niveau de l'enseignement supérieur, les constats ne sont pas moins alarmants et la Cour met en lumière que les dispositifs de santé universitaire sont souvent insuffisants pour les étudiants en situation difficile : ainsi, l'université Antilles-Guyane qui ne dispose que de 1,3 ETP de médecins, faiblement rémunérés, est démunie pour mener une politique de prévention, situation des plus regrettable dans un contexte où surpoids, violences intrafamiliales, addictions, alcoolisation, IST et grossesses non désirées, sont fréquents.

La Cour des comptes concluait son analyse du volet DOM du plan de lutte contre le VIH sida 2010-2014 par certains points positifs. Ainsi, le fait que la prévention était assurée en plusieurs langues, avec « *groupement d'achats de préservatifs, éducation scolaire à la sexualité, messages adaptés localement, analyse des conditions de vie des patients, projets interrégionaux mobilisant des organismes internationaux*. ». Pour autant, des problèmes restaient non maîtrisés, comme les difficultés de contacts avec les plus précarisés (étrangers, personnes prostituées ou isolées), les retards au dépistage, porteurs de graves conséquences dans le traitement de la maladie, et un moindre suivi dans le système de soins, notamment en Guyane et à Saint Martin. Au final, prévention et dépistage étaient jugés insuffisants.

Pour la Cour des comptes, la médecine ambulatoire, qui répond aux souhaits des patients et aux exigences économiques, s'impose davantage dans les outre-mer qu'en France hexagonale, compte tenu du contexte de précarité fréquente des populations et des caractéristiques géographiques des territoires, l'isolement de certaines communautés et l'insularité aggravant certains facteurs. Si une région comme La Réunion bénéficie d'une densité de médecins généralistes satisfaisante, leur répartition sur le territoire montre néanmoins de grandes disparités entre zones sur-dotées et déserts médicaux qui exposent certaines populations, souvent les plus défavorisées, à de réelles pertes de chance. La pénurie de certaines professions renforce cet état de fait que les services d'urgence hospitaliers, saturés, ne peuvent compenser. La démographie professionnelle est en effet telle que l'hôpital est devenu le pôle central du système de soins.

Problématique en termes d’offre de soins, cette situation n’est pas sans conséquence sur la gestion publique. L’« hospitalocentrisme » est en effet coûteux sans que les performances soient toujours au rendez-vous : les niveaux de service sont extrêmement variables, les taux de maladies nosocomiales élevés, et l’offre de soins dans certains secteurs - cancérologie, psychiatrie – insuffisante, voire absente, qui oblige à procéder à un nombre élevé d’évacuations sanitaires, entre autres vers la France hexagonale.

Pour la Cour des comptes, malgré de substantiels efforts financiers, l’organisation des systèmes de soins dans les outre-mer a très inégalement progressé sur le terrain et « *les actions de prévention n’ont pas bénéficié d’une priorité qui permettrait de réduire les surcoûts et plus encore les pertes de chance.* » De son côté, dans le secteur hospitalier, « *nombre de services combattent, au mieux des moyens dont ils disposent, des risques sanitaires d’une ampleur et d’une acuité particulièrement redoutables* », et ce, dans un contexte de difficultés budgétaires lourdes et récurrentes, notamment aux Antilles. S’y ajoute une démographie professionnelle très problématique, caractérisée par de forts déséquilibres que le manque d’attractivité des territoires ne compense pas et qui impacte à son tour l’organisation et la qualité du service rendu.

2. Des alertes relayées par l’ensemble des acteurs institutionnels

Diverses institutions se sont récemment penchées sur les problématiques de santé dans les outre-mer. Les conclusions qu’elles ont émises sont assez proches de celles qui avaient été formulées en 2014 par la Cour des comptes.

a. L’avis du Conseil national du sida

Saisi par la Direction générale de la santé et la Direction générale des outre-mer, le Conseil national du sida, CNS, a rendu en janvier dernier un avis et des recommandations « *sur la prévention et la prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises* » ⁽¹⁾.

Sans détour, le CNS relève que, en dépit de leur intérêt majeur, les programmes de prévention financés par les pouvoirs publics sont structurellement faibles par rapport aux autres postes budgétaires. De sorte que, même si les crédits délégués aux ARS de Guyane et des Antilles ont bénéficié de rattrapages, les ressources que celles-ci ont allouées à la lutte contre les IST restent insuffisantes et « *de nombreux besoins en termes de prévention sont insuffisamment couverts* ».

Ces montants faibles et la dispersion des concours financiers de l’État en faveur de la prévention « *participent d’une logique de “saupoudrage” qui ne contribue pas à la lisibilité de la politique de prévention et de promotion de la santé* », conclut le CNS, d’autant que les ARS ne recourent pas aux dispositifs de

(1) <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-outre-mer-2018/>

gestion qui leur permettraient d'allouer des crédits supplémentaires à la prévention, les mécanismes de fongibilité asymétrique étant peu ou pas utilisés.

Il ressort de cette situation que le soutien apporté aux opérateurs de terrain, qu'ils soient associatifs ou du champ médico-social, est également insuffisant pour permettre une mise en œuvre satisfaisante des programmes de prévention qui assurerait le maillage nécessaire des territoires.

En outre, les ressources humaines sont également insuffisantes et mal réparties sur les territoires, comme en Guyane où les particularités locales et la diversité sociale des populations justifieraient par exemple d'une offre mobile de prévention et de dépistage bien plus étoffée qu'elle ne l'est aujourd'hui.

Ce déficit en ressources humaines se constate également au niveau du tissu associatif qui manque en outre d'outils pédagogiques adaptés aux réalités locales pour assurer les missions d'éducation à la sexualité.

Trop hospitalo-centrée, l'offre de soins et de prévention dans les outre-mer ne prend pas en compte les contraintes économiques et de développement ni les problématiques d'infrastructures. C'est notamment le cas en Guyane, qui connaît une croissance démographique supérieure à 4 % l'an, où elle est à la fois insuffisante quantitativement - manque de personnel de prévention hospitalier à l'hôpital de Saint Laurent du Maroni, turn-over important, insuffisance de personnels sociaux - et inadaptée aux spécificités et contraintes locales pour aller aux contacts des populations comme elle le devrait, par exemple vers les consommateurs de drogues ou sur les sites d'orpaillage où sévit une prostitution importante, et ne permet pas de faire face à l'ampleur de l'épidémie, comme l'a confirmé le professeur Patrick Yéni, président du CNS lors de son audition.

Vétustes et sous-dimensionnées, les structures hospitalières sont en outre dans une situation financière catastrophique qui interdit toute nouvelle embauche et le tissu associatif, dynamique mais peu dense et fragile, ne peut compenser ces faiblesses.

b. Les avis de la Commission nationale consultative des droits de l'homme

Partant de l'inquiétude exprimée en juin 2016 par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies⁽¹⁾, la Commission nationale

(1) « Le Comité juge préoccupante la situation défavorable de la jouissance du droit à la santé dans les DROM-COM. Il relève en particulier, parmi les problématiques identifiées dans la Stratégie santé outre-mer, que la mortalité infantile et maternelle est élevée à Mayotte et en Guyane. Outre les mesures prévues dans la Stratégie santé outre-mer, le Comité exhorte l'État partie à : a) Investir davantage de ressources dans les départements les plus défavorisés, afin de niveler le montant de dépenses de santé par habitant ; b) Augmenter le nombre de personnels de santé qualifiés déployés outre-mer ; c) Développer les services de santé maternelle, reproductive et infantile de façon prioritaire pour renforcer l'efficacité du système de santé ; d) Poursuivre la veille sanitaire de la contamination au mercure des populations amérindiennes en Guyane ; et e) Développer les réseaux publics d'approvisionnement en eau et d'assainissement et en faciliter l'accès à un prix abordable, afin de réduire la prévalence des maladies parasitiques et infectieuses. » ONU, Conseil économique et social, « Observations finales concernant le quatrième rapport périodique de la France », E/C.12/FRA/CO/4 ; 13 juillet 2016.

consultative des droits de l'homme, CNCDH, s'est à plusieurs reprises penchée sur les problématiques sanitaires dans les territoires ultramarins.

Dans un « *Avis sur le droit à la protection de la santé dans les territoires ultramarins* »⁽¹⁾, rendu en octobre 2017, la CNCDH s'interroge notamment sur l'efficacité des systèmes de santé existants, et conclut que la situation sanitaire des populations d'outre-mer, et la prévalence de certaines des pathologies chroniques qui les affectent, justifient qu'une attention particulière soit portée à la prévention.

Les constats formulés par la Cour des comptes en 2014 restent en outre d'actualité. La Commission s'intéresse notamment aux populations en situation de grande précarité dont elle a analysé la situation dans un autre avis⁽²⁾ et souligne qu'il est paradoxal que la France, qui occupe la quatrième place des pays de l'OCDE pour la part de PIB consacré à la santé, présente notamment de tels taux de mortalité prématurée et de telles inégalités de santé. Alors que notre pays a développé depuis près de vingt ans⁽³⁾ des stratégies sanitaires en direction des plus défavorisés, elle constate que « *les outre-mer ont peu bénéficié de ces programmes régionaux pour l'accès à la prévention et à la santé des populations défavorisées (PRAPS)* ». Aux contextes géographiques, faiblesses et difficultés propres des systèmes de santé locaux, s'ajoutent d'autres déterminants qui sont autant d'obstacles à l'accès aux services, et la piètre performance des programmes de prévention, fréquemment relégués au second plan, n'est pas le moindre.

Sur cet aspect, La CNCDH met notamment en lumière le cas de la prévention dans les champs de la protection maternelle et infantile et de la santé sexuelle et reproductive. Son « *Avis sur les violences de genre et les droits sexuels et reproductifs dans les outre-mer* »⁽⁴⁾, publié en novembre 2017, s'alarme également du manque de moyens, humains et financiers, et de structures adaptées, qui sont autant d'obstacles à l'accès aux soins et surtout à la prévention. Les enquêtes démontrent ainsi que beaucoup de femmes restent pour ces raisons en marge des dispositifs existants, dont le nombre de grossesses non désirées, de premiers rapports non souhaités, de viols, et bien sûr de transmission du VIH et autres IST, sont les illustrations les plus flagrantes. À cet égard, l'avis de la CNCDH souligne que ce ne sont pas seulement les structures sanitaires qui sont ici en défaillance, mais que les actions de prévention en milieu scolaire que l'Éducation nationale doit mettre en œuvre en application de l'article L. 312-16 du code de l'éducation⁽⁵⁾, sont également insuffisantes dans les contextes locaux : ainsi en est-il à La Réunion ou à Mayotte.

(1) <http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-le-droit-la-protection-de-la-sante-dans-les-territoires-ultramarins>

(2) <http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-la-pauvrete-et-lexclusion-sociale-outre-mer>

(3) Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

(4) <http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-les-violences-de-genre-et-les-droits-sexuels-et-reproductifs-dans-les-outre>

(5) « Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances présentent une vision égalitaire des relations entre les femmes et les hommes. Elles contribuent à l'apprentissage du respect dû au corps humain. ».

B. LES CARENCES DU SYSTÈME DE PRÉVENTION VUES DU TERRAIN

1. Les constats édifiants des acteurs locaux

Les nombreuses personnes que votre rapporteure a auditionnées partagent en grande partie ces constats et soulignent fréquemment le hiatus, et parfois les contradictions, entre les intentions affichées, les moyens et les décisions des pouvoirs publics. Pour prioritaire qu'elle soit, la prévention a encore du mal à s'imposer.

Marc Dixneuf, directeur général de Aides, et Enzo Poultreniez, responsable « Plaidoyer et revendications », faisaient ainsi le constat de déficiences en matière de prévention du risque de transmission des maladies sexuellement transmissibles dans les départements français d'Amérique :

– La PrEP y est encore très peu présente, l'accès aux préservatifs parfois même difficile, et dans certains cas très coûteux ;

– L'information quasi inexistante, par exemple au niveau des personnels soignants, qui ne sont pas formés à la prévention. Or, le contexte socio-culturel antillais, cf. la forte stigmatisation de l'homosexualité dans les territoires ultramarins ⁽¹⁾, justifierait en premier lieu d'une adaptation des formations et des politiques d'éducation à la sexualité. Ce qui suppose d'y consacrer des moyens et, au-delà, de former des personnels professionnalisés en prévention, qui font actuellement défaut.

– De manière très concrète, les moyens logistiques qui permettent d'aller conduire des actions de prévention au plus près des populations isolées par la géographie des territoires, notamment en Guyane, ne sont pas non plus toujours à la hauteur.

– Au soutien du tissu associatif, enjeu majeur, s'ajoute la question de l'adaptation des campagnes d'information et de prévention qui restent étrangères aux réalités locales. Dans une logique de prévention efficace, il serait par exemple essentiel de décliner en créole les campagnes sur le sida de Santé publique France, et de sortir d'une homogénéité nationale qui en restreint l'impact.

Xavier Montserrat, directeur général-adjoint de l'ARS Océan indien et préfigurateur de l'ARS de Mayotte, soulignait le poids du contexte local de l'île pour expliquer la très grande difficulté pour les autorités sanitaires de pouvoir conduire des politiques de prévention sur ce territoire :

– Le système de santé est en effet dans une situation de pénurie de moyens, notamment humains, considérable : la prévention ne peut qu'être une gageure sur une île où à peine trois médecins sont en charge de quelque 100 000 jeunes scolarisés, où le nombre d'infirmiers de santé scolaire est également des

(1) http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i1090.asp#P1180_205888

plus réduit. Cela impacte par exemple les politiques de prévention en matière de santé sexuelle et de grossesses précoces, qui restent un enjeu majeur.

– Les difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels dans le secteur de la prévention, pour les PMI, ou de personnels sanitaires, sont extrêmes et prendront du temps à se résorber. Cette situation explique la défaillance de la PMI qui ne peut remplir ses missions. Ainsi, pour assurer la vaccination des enfants, la réserve sanitaire a dû être mobilisée ces derniers mois pour effectuer une remise à niveau indispensable à la réduction des risques collectifs.

– Dans le même temps, certaines professions médicales sont absentes du territoire mahorais : l'île ne compte pas de cardiologue ni de cancérologue, ou encore un seul diabétologue alors même que 10 % de la population sont diabétiques, illustration, avec l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité, de l'explosion des maladies chroniques dues à une transition nutritionnelle trop rapide.

– Comme sur d'autres géographies ultramarines, le système de santé à Mayotte se trouve en conséquence excessivement hospitalo-centré, avec un taux de prise en charge en service d'urgences considérable, 55 000 par an, et un millier d'évacuations sanitaires, en direction de La Réunion pour 90 % d'entre elles. Dans un contexte mêlant forte immigration et prostitution, la problématique du VIH fait l'objet d'une vigilance forte qui, pour le moment, a heureusement permis de maintenir la situation sous contrôle.

Toutes choses égales par ailleurs, on retire des propos de Marie-Françoise Émonide, directrice de la santé publique de l'ARS de Martinique, que la situation de la prévention y est assez comparable :

– Les acteurs associatifs ont besoin d'un fort soutien, de professionnalisation et de structuration pour leur permettre d'agir sur des problématiques complexes. Faute qu'il en soit ainsi, on constate depuis quelques années une baisse du niveau de leurs compétences pour porter les projets efficacement.

– La problématique du VIH est jugée en revanche différente de ce qu'elle est dans le reste des Antilles, les actions de prévention et de suivi des patients étant bien développées, avec un taux de dépistage élevé. Les enjeux se situent aujourd'hui essentiellement au niveau de l'accès aux populations marginales pour lequel il faut des solutions innovantes en partenariat avec les acteurs associatifs. Le champ reste à creuser et renforcer mais cette ambition semble pour l'heure hypothéquée au vu de la politique de casse des contrats aidés entreprise par l'actuel Gouvernement.

Si l'ARS de la Guyane s'est donnée les moyens de mettre en œuvre une politique de prévention à la hauteur des enjeux en se dotant notamment d'une direction de la santé publique, en y consacrant une part de sa dotation supérieure à ce qui est fait dans les autres outre-mer ou en Hexagone, le contexte local, comparable à celui de Mayotte, est des plus difficile :

– Certaines des thématiques sont cruciales, comme la prévention des IST, le dépistage du VIH ou les grossesses précoces, et les associations sont loin de pouvoir répondre aux besoins, selon Jacques Cartiaux, directeur général de l'ARS. Les populations des zones les plus isolées du territoire sont souvent hors de portée.

– Comme ailleurs, la faible attractivité de la région impacte lourdement l'activité des associations en manque de ressources humaines, et, sauf sur le littoral, certaines professions médicales essentielles dans une perspective de prévention sont en souffrance, comme la psychiatrie ou la PMI qui n'a plus de directeur depuis deux ans. Mis à part Cayenne, mieux doté que la France hexagonale en généralistes, des filières sont en jachère et certains secteurs en très grande difficulté, comme la cardiologie. Pour plusieurs pathologies, la perte de chance qu'évoquait la Cour des comptes en 2014 reste une réalité du fait des faiblesses du système de santé.

– Sans doute plus que dans les autres territoires ultramarins, la géographie guyanaise impacte directement l'offre de prévention primaire et secondaire, par exemple sur des problématiques comme les IST et les grossesses précoces. Se pose enfin en Guyane comme ailleurs le problème d'une offre appropriée aux populations des territoires, d'autant plus aiguë s'agissant des populations autochtones.

Par comparaison, La Réunion et la Guadeloupe semblent, en apparence, être des territoires mieux dotés. Gilles Vignon, directeur général de l'ARS de La Réunion, met en avant les problématiques sur lesquelles l'agence a mis l'accent depuis longtemps en matière de prévention, telles les addictions, les violences faites aux femmes, le VIH, traitées de manière interinstitutionnelle et avec l'ensemble des partenaires concernés. Ce sont surtout des ajustements qui sont nécessaires au vu des évaluations effectuées, par exemple pour une amélioration de la formation des intervenants sur la prévention du VIH.

Pour les responsables de l'ARS et de l'IREPS de Guadeloupe, en revanche, une véritable dynamique s'est instaurée en matière de prévention dans une démarche de modernisation de cette approche, voulue comme intégrative. La prévention est une préoccupation aujourd'hui transversale qui imprègne tous les axes d'activité de l'agence. S'agissant de la problématique spécifique du VIH et de la santé sexuelle, les choses progressent avec les associations qui montent en puissance. Pour autant, même si des actions sont en cours pour l'adaptation des messages nationaux de prévention aux réalités locales, le dépistage reste encore trop tardif et toujours en-deçà des objectifs de l'OMS, l'éducation à la sexualité ou le travail sur l'implantation

du préservatif dans les collèges restant des sujets compliqués, notamment pour des raisons religieuses.

Toutefois, faute d'avoir pu obtenir des données et avis significatifs, votre rapporteure estime que la politique de prévention dans ces deux départements ne peut malheureusement être jugée suffisante au vu de la prégnance des pathologies et des conduites addictives qui tendent parfois à s'amplifier.

2. Des moyens à peine suffisants eu égard à l'ampleur des besoins

Jacques Cartiaux, directeur général de l'ARS de la Guyane, a souligné que l'agence s'était armée pour renforcer sa politique de prévention en se dotant d'une direction de la santé publique. Elle disposerait désormais des compétences nécessaires, y compris en ce qui concerne le pilotage administratif et les relations avec les réseaux associatifs et des collectivités territoriales. En outre, il soulignait la souplesse du Fonds d'intervention régionale, dont le budget est en quasi-totalité fongible, ce qui lui permet de pouvoir consacrer à la prévention une part du budget supérieure, comme on l'a vu, à ce qui est pratiqué dans les autres outre-mer ou en Hexagone. Cela étant, les moyens n'en font pas moins défaut pour traiter comme il le faudrait plusieurs problématiques, telle la fièvre jaune ou certaines vaccinations, pour lesquelles les perspectives sont problématiques. En d'autres termes, si le FIR permet d'être proactif, certains postes restent insuffisamment dotés, compte tenu de l'ampleur des besoins.

C'est également ce qu'il a été indiqué à votre rapporteure s'agissant d'un territoire dont la situation est assez peu comparable à celui de la Guyane : en Martinique. Dans cette région, les moyens financiers mériteraient d'être renforcés pour soutenir comme il se devrait les acteurs associatifs qui ont besoin de professionnalisation et de structuration pour leur permettre d'agir efficacement sur des problématiques complexes.

En Guadeloupe, si les moyens consacrés à la prévention sont jugés suffisants par l'ARS, il n'en reste pas moins que l'enveloppe de la mission 1 n'avait par exemple pas permis de financer la totalité des actions de certains des CeGIDD, en matière de prévention, de vaccination et de violences sexuelles.

À Mayotte, comme on l'a dit, le plan adopté en mai dernier prévoit d'augmenter de 50 % le Fonds d'intervention régional en 2018 (de 7,5 à 11,7 M€), qui sera doublé en 2019 par rapport à 2017, pour atteindre 15,6 M€, qui permettra de mettre en place un programme de santé publique en faveur de ce territoire. Ces changements importants dans les moyens attribués seront a priori un ballon d'oxygène essentiel compte tenu des très lourdes difficultés auxquelles le territoire fait face. Cela étant, si une dynamique s'est instaurée, les besoins restent immenses et nombre de chantiers ouverts sont à renforcer, ne serait-ce que pour faire monter les compétences des acteurs de terrain afin de renforcer les chances de succès des projets. Cela suppose aussi que les moyens de l'ARS soient eux-mêmes renforcés

pour accompagner la montée en puissance de ses partenaires et assurer le suivi et l'évaluation de leurs activités.

En matière de lutte contre les addictions, il est urgent que soit mis en place à Mayotte un dispositif adapté aux spécificités de l'île et des habitants, et en mesure de répondre aux besoins du territoire. L'ARS a ainsi informé votre rapporteure que la plupart des jeunes usagers ne peuvent parler de leur consommation à aucun adulte (excepté à la Maison des Adolescents à Mamoudzou). En outre, les usagers, et notamment les jeunes habitants hors de la capitale, sont très peu mobiles, et beaucoup ne peuvent se rendre aux consultations à Mamoudzou. Par ailleurs, ils n'ont parfois pas d'adultes de leur entourage pour les accompagner, ce qui implique que des intervenants de prévention prennent le relais. Il est utile de rappeler qu'en dehors du centre d'addictologie du Centre Hospitalier de Mayotte, il n'existe aucune structure de prise en charge ou de réduction des risques à Mayotte, du type CAARUD ou CSAPA.

L'ARS Océan Indien a, à ce titre, formulé officiellement en mars 2018 une demande de création d'une structure adaptée à la Direction Générale de la Cohésion Sociale ainsi qu'à la Direction Générale de la Santé, demande restée sans réponse jusqu'à ce jour.

Une telle structure, soutenue par votre rapporteure, nécessiterait environ 19 personnes afin de :

- mener des actions de repérage et de réduction des risques au plus près des consommateurs ;
- assurer une prise en charge et des soins en consultation de proximité ;
- permettre l'accueil et l'écoute des usagers et de leur famille ;
- réaliser des actions de prévention en faveur du public cible.

Le dispositif envisagé, pour un coût total d'environ 1,4 million d'euros, serait de proximité, mobile et en réseau avec les partenaires institutionnels et associatifs œuvrant déjà dans ce champ.

Après les dirigeants des ARS, les représentants de Aides auditionnés par votre rapporteure ne sont ainsi pas les seuls à avoir insisté sur le besoin pour le secteur associatif d'être renforcé, soutenu et professionnalisé. Intervenant dans un champ notablement différent, Bernard Basset, vice-président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, ANPAA, et Nelly David, directrice générale, ont également indiqué la grande souffrance des associations en manque cruel de moyens et la nécessité dans laquelle elles se trouvent d'être renforcées pour pouvoir assumer au mieux les missions de prévention qui leurs sont confiées.

Les exemples pourraient être multipliés à loisir mais le format de cet avis budgétaire contraint à un exposé malheureusement trop court. Qu'il suffise à votre rapporteure de conclure ce développement en soulignant que, pour importantes qu'elles puissent paraître, les enveloppes du FIR que les ARS ultramarines consacrent à la politique de prévention ne sont pas exagérément dotées : en témoigne la lenteur avec laquelle la situation sanitaire des populations des outre-mer s'améliore, qui montre l'immensité des besoins qui restent encore à satisfaire par les systèmes de santé pour que le différentiel intolérable avec la métropole se résorbe.

En témoignent, par exemple, les caractéristiques et la gravité de l'épidémie de VIH : il y a aujourd'hui dix fois plus de nouveaux cas d'infections par le VIH dans certains territoires de la République, la Guyane notamment, qu'en Hexagone, incidence comparable à ce qui est observé en Afrique subsaharienne !

Cette situation, selon le professeur Patrick Yéni, président du CNS, met clairement en lumière l'insuffisance à la fois quantitative de l'offre de prévention et de soins qui ne permet pas de faire face à l'épidémie, et qualitative, dans la mesure où elle reste inadaptée aux spécificités et contraintes des régions concernées.

C. DES MESURES GOUVERNEMENTALES AUX EFFETS DÉVASTATEURS POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Dans le cadre des contextes ultramarins et des problématiques complexes auxquelles ces territoires sont confrontés, certaines mesures adoptées ou envisagées dans le PLF contrebalancent par ailleurs gravement les moyens affectés à la prévention.

1. La suppression des contrats aidés : un coup de poignard pour la politique de prévention

Le secteur associatif, tous champs d'intervention confondus, représente plus du tiers du total des emplois aidés. Leur suppression est évidemment une mesure particulièrement coûteuse pour les associations, puisque, selon le Mouvement Associatif, ce sont quelque 12 500 employeurs associatifs qui ont disparu de ce fait au niveau national en 2017.

L'an dernier, plusieurs de nos collègues, élus de circonscriptions ultramarines ⁽¹⁾, s'étaient émus de l'impact brutal de la suppression de contrats aidés sur l'activité des associations intervenant outre-mer, notamment celles œuvrant dans le champ social et sanitaire. Le Gouvernement leur avait répondu qu'il maintenait les secteurs d'urgence en matière sociale et de santé parmi ses deux priorités thématiques, et l'outre-mer parmi ses deux priorités géographiques. Pour autant, selon un rapport d'information présenté par MM. Alain Dufaut et

(1) Voir par exemple les questions écrites n° 1173 de M. Gabriel Serville, n° 1355 de M. Jean-Philippe Nilor, n° 719 de Mme Huguette Bello, n° 1174 de M. Bruno-Nestor Azérot, et les questions au gouvernement n° 78 de M. Serge Letchimy et n° 80 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Jacques-Bernard Magner, sénateurs, cela s'est avéré « *insuffisant pour compenser les effets néfastes de la limitation drastique du nombre de contrats aidés.* »⁽¹⁾.

C'est la raison pour laquelle votre rapporteure s'est intéressée aux effets de cette mesure sur l'activité des associations actives dans le champ de la prévention dans les outre-mer. Si certaines, telles Aides, disposant d'un budget de fonctionnement conséquent, sont suffisamment importantes pour être en mesure de faire face à un aléa financier de cette ampleur, il n'en est pas de même pour des structures plus fragiles. Or, pour être d'une surface souvent bien plus réduite, elles n'en ont pas moins un rôle très important sur le terrain.

Selon les témoignages recueillis par votre rapporteure, en Martinique ou à La Réunion, notamment, les conséquences ont effectivement été sévères et l'on peut conclure que la suppression des contrats aidés s'est traduite pour le secteur associatif ultramarin du champ sanitaire par une perte importante de compétences et consécutivement, par un impact négatif et clairement contradictoire avec les priorités de prévention annoncées par le gouvernement.

Les contrats aidés accordés aux associations leur avaient notamment apporté un soutien important pour leur développement, et leur plus-value était manifeste, en particulier dans les associations de proximité. La possibilité d'y recourir s'était avérée déterminante pour le fonctionnement de celles intervenant dans le champ sanitaire et social.

Leur suppression s'est traduite par un affaiblissement brutal des associations, à deux niveaux :

– En premier lieu, en termes de pertes de compétences d'intervenant qui avaient reçu une formation, qui avaient souvent noué les liens de confiance indispensables pour travailler auprès des populations cibles qu'il est parfois difficile d'approcher (phénomène de pudeur dans l'expression des besoins et de la souffrance).

– En second lieu, en pertes sur les fonctions support, en compétences managériales, administratives, financières, pour lesquelles ces dispositifs étaient parfois la seule possibilité de pouvoir les financer. Il en est logiquement résulté des retards dans la gestion des dossiers, une surcharge de travail administratif pour les employés restant.

On rappellera que, dans le même temps et paradoxalement, la politique nationale de santé a reconnu le rôle éminent des associations, notamment en matière de prévention dans les outre-mer, ce que l'ensemble des acteurs confirment, comme on l'a relevé.

(1) « Réduction des contrats aidés : offrir une alternative crédible au secteur associatif », *rapport d'information sur les conséquences de la baisse des contrats aidés dans le secteur associatif fait au nom de la Commission de la culture, de l'éducation et de la communication, page 35* ; <http://www.senat.fr/rap/r17-321/r17-321.html>.

Très récemment, le Plan national « Priorité prévention » a d'ailleurs fixé comme priorité nationale des mesures favorisant le déploiement des associations sur le terrain en leur proposant un appui logistique en ingénierie, pour renforcer leurs compétences, notamment dans la création de dossiers d'appels d'offres, secteur complexe et chronophage. La coopération entre professionnels soignants et associations œuvrant dans les champs de la prévention et de l'accompagnement est de même vivement souhaitée, de même que l'expérimentation d'actions innovantes associatives, par exemple vers les usagers de drogues ne fréquentant pas les structures d'addictologie, ou leur participation à l'offre de dépistage de proximité par les tests rapides d'orientation diagnostique, TROD ⁽¹⁾.

Il est donc particulièrement regrettable que dans ce contexte sanitaire ultramarin difficile, le Gouvernement ait fragilisé lui-même le tissu associatif qu'il considère par ailleurs comme essentiel à la déclinaison efficace de sa politique de santé publique sur le terrain.

2. L'article 27 du PLF : une mise à mal inconsidérée de la politique de prévention en Guyane

L'article 27 du PLF organise la recentralisation du revenu de solidarité active, RSA, en Guyane et à Mayotte, conformément à ce que le président de la République avait annoncé lors de son déplacement en Guyane en octobre 2017. Aux termes de cette réforme, la gestion du RSA sera désormais confiée en totalité par délégation de l'État aux caisses d'allocations familiales en lieu et place des collectivités territoriales concernées. La reprise, par l'État, de l'attribution du droit au RSA peut donc apparaître comme un engagement tenu par le Gouvernement. Cependant, et comme il est désormais d'usage depuis sa mise en place, ce Gouvernement, sous couvert de prendre une décision attendue par tous, en profite pour à la marge et subrepticement faire des économies : ainsi cette recentralisation du RSA s'accompagne d'un allongement, pour la Guyane, de la durée de résidence préalable pour les étrangers venant de pays non membres de l'Union européenne, de 5 à 15 ans. Une condition similaire, d'une durée de 5 ans, est également introduite pour le bénéfice du RSA majoré.

Votre rapporteure considère que cette disposition peut être lourde de conséquences en matière de santé publique en ce qu'elle contrevient dramatiquement aux nécessités en matière de prévention.

En effet, l'expérience de terrain démontre que l'exigence de résidence ininterrompue est quasiment impossible à satisfaire, ne serait-ce que pour une durée de cinq ans en métropole, et qu'il y a toujours des périodes de rupture entre deux titres de séjour. Consécutivement, l'adoption de l'article 27, qui exclura les étrangers du dispositif du RSA en Guyane, entraînera une aggravation de la précarité des migrants.

(1) *Priorité prévention*, page 35.

Sans jouer les Cassandre, l'exclusion du bénéficiaire du RSA pourrait ainsi dans certains cas faire basculer certains individus dans des conduites toxicologiques ou sexuelles (prostitution) à risques et, *in fine*, accroître la contamination, d'autant plus aisément que les acteurs de la prévention ont les difficultés d'accès que l'on sait dans les zones reculées et que la prévention n'est jamais une priorité des personnes en situation de précarité.

Il n'est pas inutile à cet égard de rappeler les conclusions d'une étude de Santé Publique France publiée en 2014 : « *Les personnes touchées par le VIH/sida en Guyane sont issues pour une large part de cette population [immigrée] qui se caractérise aussi par une vulnérabilité sociale importante, notamment lorsqu'elles se trouvent en situation irrégulière de séjour. (...) Les enjeux sont donc très différents en termes de prévention. Ils nécessitent des réponses adaptées et spécifiques. Un renforcement de la prévention du VIH/sida est nécessaire parmi les populations les plus fragilisées sur le plan social, qu'elles soient nées en Guyane ou dans un pays voisin, avec une prise en compte de leur diversité sociale, culturelle, linguistique, migratoire, etc., dans une perspective de santé communautaire. Si la lutte contre les discriminations constitue un enjeu commun aux trois départements français d'Amérique, la situation de la Guyane pose, plus qu'ailleurs, la question de l'intégration des populations migrantes et de leur accès à une pleine citoyenneté (accès à l'éducation, à l'insertion sociale, à la prévention, aux soins, etc.). Par ailleurs, au sein de ces populations, la question se pose différemment pour celles mobiles qui vont et viennent entre les zones frontalières et pour celles qui résident de façon plus stable sur le territoire guyanais.* » ⁽¹⁾.

Il est dans ces conditions aisé de prévoir que, cette mesure, dont votre rapporteure ne conteste pas, par ailleurs, l'effet positif sous l'angle des finances publiques des collectivités territoriales concernées, est porteuse d'une aggravation des problématiques de santé publique du territoire guyanais dont on se rendra probablement dramatiquement compte dans quelques années.

3. Focus sur l'insuffisante application de la loi pour la qualité de l'offre alimentaire

Selon les indications qui ont été données à votre rapporteure, la loi n° 2013-453 du 3 juin 2013 visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire en outre-mer tarde à être appliquée, malgré un arrêté publié le 6 mai 2016. Les articles L. 3232-5 et L. 3232-6 du code de la santé publique qui en sont issus, pourtant précis, imposent que la teneur en sucres ajoutés des denrées de consommation courante distribués dans les territoires ultramarins ne dépasse pas celle d'une denrée alimentaire similaire de la même marque distribuée en Hexagone.

D'après les informations qui ont été communiquées à votre rapporteure, il semble que certaines entreprises, comme à Mayotte, montrent seulement leur

(1) <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1577.pdf> : Observatoire régional de santé d'Île de France et INPES, « *Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels* », page 322.

intention de commencer à se conformer à leurs obligations. Pour autant, cinq ans après l'adoption de la loi, ce mouvement reste bien trop timide. La situation sanitaire des populations d'outre-mer aujourd'hui sérieusement touchées par des pathologies d'origine nutritionnelle telles que le diabète, le surpoids, l'obésité ou les maladies cardiovasculaires, est dans le même temps trop grave pour que l'on continue de rester sur des positions attentistes, dans l'espoir que les industriels et distributeurs daignent se conformer à la loi.

Nos collègues membres de la commission d'enquête sur l'alimentation industrielle ⁽¹⁾ ont récemment rappelé que le Haut Conseil de la santé publique invitait les pouvoirs publics, à l'instar de ce qui s'est fait dans plusieurs pays européens, à prendre désormais des mesures réglementaires pour contraindre l'industrie agroalimentaire à diminuer les teneurs excessives en sel, en sucre ou en gras, dans les produits qu'elle propose, dès lors que les entreprises avaient fait la preuve, depuis plus de quinze ans, de leur incapacité, dans la plupart des cas, à respecter leurs engagements en la matière.

Votre rapporteure souhaite vivement que le Gouvernement suive ces recommandations qui contribueront, au même titre que les politiques de prévention, d'améliorer l'état de santé des populations d'outre-mer et qu'il renforce outre-mer les moyens humains et financiers des Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi – DIECCTE – afin que l'ensemble des contrôles sanitaires puissent être réalisés localement conformément aux dispositions légales.

(1) <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-enq/r1266-tl.asp>

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITION DE LA MINISTRE

La commission des affaires sociales procède, le mercredi 31 octobre 2019, à l'audition de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, sur les crédits de la mission « santé ».

http://www.assemblee-nationale.tv/video.6867714_5bd9c4ae41bab.commission-des-affaires-sociales-audition-de-mme-agnes-buzyn-ministre-des-solidarites-et-de-la-sa-31-octobre-2018

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Notre ordre du jour appelle l'examen des missions de la seconde partie du projet de loi de finances pour 2019 sur lesquelles la commission s'est saisie pour avis.

Au nom des membres de la commission, je vous souhaite la bienvenue, madame la ministre des solidarités et de la santé. Nous examinerons les crédits de la mission « Santé » puis de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » qui recouvrent l'intitulé de votre ministère, même si certains programmes de cette mission dépendent d'autres ministères.

Mission « santé »

Vous avez la parole, madame la ministre, pour une courte présentation de la mission « Santé ».

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Madame la présidente, madame la rapporteure, mesdames et messieurs les députés, j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui le budget de la mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2019.

Ce budget est en forte continuité avec celui de 2018, s'agissant de la structuration de la mission et du montant des crédits. Ces crédits sont en augmentation de 3,5 % et atteindront plus de 1,4 milliard d'euros en 2019. Ils ne représentent toutefois, vous le savez, qu'une petite partie des financements que les pouvoirs publics consacrent à la politique de santé, et qui sont pour l'essentiel discutés dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) que l'Assemblée a adopté hier en première lecture. Il m'apparaît donc nécessaire de conserver à l'esprit, lors de l'examen de ces crédits, le champ plus vaste dans lequel ils s'inscrivent.

Je commencerai par évoquer le programme 204 consacré à la prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins. Les grandes masses de ce programme, doté de près de 500 millions d'euros, sont relativement stables.

Plus des deux tiers des crédits sont consacrés aux quatre agences sanitaires financées par ce budget : l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), l'Agence nationale de santé publique (ANSP), l'Institut national du cancer (INCa) et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). Ces crédits progressent en 2019 de 2,4 millions d'euros, ce qui permet de consolider les moyens de ces quatre structures.

Le périmètre des opérateurs concernés n'a pas évolué, la loi de finances pour 2018 ayant opéré les dernières opérations de décroisement des crédits de l'État et de l'assurance maladie, avec le transfert à l'assurance maladie des dotations de l'Agence de la biomédecine et de l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

Je considère toutefois qu'il y a lieu de mener plus avant une réflexion sur un financement intégral par l'assurance maladie de l'ANSM et l'ANSP, réflexion qui pourrait déboucher dans le cadre du projet de loi de finances pour 2020. L'activité de ces deux agences a en effet trait à des produits, les médicaments, et à une activité, la prévention, dont l'essentiel du financement dépend déjà de l'assurance maladie. Ce transfert renforcerait, me semble-t-il, la cohérence des leviers d'action du ministère dont j'ai la charge.

Les crédits de prévention au sein du programme 204 s'élèvent à 89 millions d'euros et sont en légère progression. Ils sont consacrés pour l'essentiel à la dotation à l'Agence nationale de santé publique. Il faut toutefois, pour apprécier l'évolution des moyens consacrés à la prévention, considérer l'ensemble des financements disponibles, quel qu'en soit le support, et ces financements croissent de façon significative.

Toutes les décisions que j'ai prises vont en effet dans le sens d'une augmentation des crédits consacrés à la prévention. Les crédits du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS), gérés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), vont augmenter de 20 % par rapport à la période précédente dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2018-2022.

Les crédits du Fonds de lutte contre le tabac, alimenté par la taxe sur les distributeurs, se sont élevés à 100 millions d'euros en 2018 contre 30 millions d'euros en 2017. Les crédits du Fonds d'intervention régional (FIR), qui finance notamment les actions de prévention menées par les agences régionales de santé (ARS) – plus de 500 millions d'euros en 2017 –, augmentent de 3,3 % en 2018, soit un point de plus que l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Les crédits du Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (FNP) consacrés à des aides incitatives à la prévention pour les entreprises vont doubler, passant de 50 millions d'euros à 100 millions d'euros, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022.

Ces crédits sont au service des priorités de la politique de prévention qui ont été définies par le plan national de santé publique présenté le 26 mars dernier, également dénommé « *plan priorité prévention* ».

Il s'agit pour la première fois d'une démarche interministérielle globale, visant à faire de la prévention en santé une composante transversale des politiques de l'État pour agir plus efficacement sur les déterminants de la santé, qu'ils soient alimentaires ou environnementaux ou qu'ils relèvent de comportements individuels et de l'éducation à la santé.

Le plan national de santé publique prévoit ainsi plus de 150 actions, dont 25 mesures phares fondées sur une approche chronologique visant tous les âges de la vie, de manière à intervenir le plus précocement possible et à permettre à chacun de devenir acteur de sa propre santé en adoptant les bons réflexes dès le plus jeune âge.

La mise en œuvre de cette politique sera soutenue par le déploiement, à compter de cet automne, du service sanitaire qui verra 47 000 étudiants consacrer une partie de leur temps de formation à des actions de prévention dans tous les milieux, et notamment auprès des jeunes. C'est l'occasion à la fois d'ancrer la culture de la prévention chez ces futurs professionnels de santé et de démultiplier au plus près du terrain l'impact des messages de prévention.

Le programme 204 comporte également les dépenses d'indemnisation des victimes de la Dépakine. Cette indemnisation est, comme vous le savez, assurée par l'Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux (ONIAM). Les deux collègues – collège d'experts et collège d'indemnisation – ont achevé de mettre en place leurs outils et méthodes de travail. Les premiers avis d'indemnisation pourront être rendus avant la fin de l'année et 2019 verra ainsi progresser de façon très significative le nombre des décisions rendues au bénéfice des victimes.

Pour achever l'évocation des crédits du programme 204, je veux signaler que les moyens de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna augmenteront également : sa dotation sera majorée en 2019 de 2,5 millions d'euros pour la porter à 36 millions d'euros, ce qui correspond aux moyens nécessaires à la mise en œuvre de ses missions.

Le deuxième programme de la mission, le programme 183, est consacré pour l'essentiel à l'aide médicale de l'État (AME).

Je suis, vous le savez, attachée à la préservation de ce dispositif, qui est à la fois un dispositif humanitaire, conforme à nos valeurs républicaines, et un dispositif sanitaire nécessaire dans l'intérêt de la santé publique.

Les crédits qui y sont consacrés augmentent. Ils seront, s'agissant de l'AME de droit commun, de 893 millions d'euros en 2019, en cohérence avec la progression attendue des effectifs même si, en la matière, la prévision demeure complexe. Ces crédits, il n'est pas inutile de le préciser une nouvelle fois, servent à financer des prestations de santé qui sont dispensées pour l'essentiel par les hôpitaux de notre pays. Ils permettent donc d'éviter que les établissements de santé ne supportent seuls la charge correspondante.

Comme j'ai eu l'occasion de l'évoquer dans le cadre de l'examen du projet de loi de règlement de 2017, nous devons encore progresser en matière de connaissance des dépenses et des bénéficiaires de l'AME. C'est l'une de mes priorités. J'ai ainsi demandé à la CNAMTS de mettre l'accent sur la qualité des remontées d'information, Ces données nous permettront de mieux analyser les flux et d'améliorer la prévision.

La centralisation en 2019 de l'instruction des demandes dans les trois caisses dédiées de Paris, Bobigny et Marseille, contribuera aussi à la connaissance plus fine du dispositif.

Ce projet implique le développement d'échanges entre les caisses locales, les pôles gestionnaires et l'atelier de fabrication des cartes, ainsi que la rénovation de l'outil d'instruction qui est actuellement en fin de test opérationnel.

La mise en œuvre de la centralisation débutera en 2019, avec le transfert progressif des dossiers aux caisses centralisatrices, pour être pleinement effective à la fin du premier semestre 2019. Elle permettra un traitement plus homogène et un meilleur contrôle des demandes, de même qu'une réduction du temps d'instruction, et donc un meilleur service.

Je souhaite pour terminer évoquer le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), qui relève également du programme 183. Les crédits du budget de l'État destinés à doter ce fonds sont reconduits à hauteur de 8 millions d'euros. Cette dotation intervient non seulement au titre de l'État employeur mais correspond également à l'exercice d'une solidarité nationale à l'égard des victimes non-professionnelles, environnementales ou familiales, par exemple. Il s'agit bien sûr d'une contribution annexe pour le FIVA, lequel est financé principalement au titre de l'exposition professionnelle par la branche accidents du travail de la sécurité sociale. À cet égard, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit de doter le fonds de 260 millions d'euros ce qui permettra d'assurer un niveau prudentiel suffisant.

Voilà, madame la présidente, mesdames et messieurs les députés, les principaux axes d'un budget dont vous aurez compris qu'il se caractérise par la stabilité et la continuité des programmes qu'il porte.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe, rapporteure pour avis. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, j'ai l'honneur de vous présenter mon avis sur la mission « *Santé* », dont les deux tiers des crédits sont affectés au programme 183 qui finance en quasi-totalité l'aide médicale de l'État (AME). Le tiers restant, quelque 480 millions d'euros, finance le programme 204 « *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* ». C'est sur la question de la prévention dans les outre-mer que j'ai choisi de centrer mon analyse, dans le but surtout de vous alerter.

Il y a longtemps que l'on sait que la situation sanitaire des populations des outre-mer n'est pas satisfaisante.

Vous me permettrez de vous rappeler quelques éléments qui donneront la mesure du problème : l'espérance de vie outre-mer est inférieure de plusieurs années à celle constatée dans l'Hexagone ; le tiers des décès survient avant soixante-cinq ans ; les taux de mortalité maternelle et infantile sont bien plus élevés ont même tendance à augmenter dans certains territoires.

La prévalence des maladies chroniques est préoccupante. Elle est liée notamment à l'obésité qui induit des pathologies comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires. À cela s'ajoutent les maladies vectorielles tropicales et les maladies infectieuses, dont la lèpre, ou les maladies génétiques comme la drépanocytose. La prévalence des infections sexuellement transmissibles est de plus particulièrement grave : l'épidémie de virus de l'immunodéficience humaine (VIH) aux Antilles et en Guyane est comparable à ce que l'on constate dans certains pays parmi les plus pauvres, et il y a actuellement dix fois plus de nouveaux cas d'infection par le VIH que dans l'Hexagone.

Cette situation générale très défavorable s'explique par divers facteurs.

Le premier, c'est naturellement le contexte économique et social : précarité, chômage structurel, illettrisme, alcoolisme et autres addictions.

Le deuxième facteur est la grande souffrance des systèmes de santé. On parle souvent de déserts médicaux dans l'Hexagone mais il faut rappeler que la densité de médecins outre-mer est excessivement basse : en Guadeloupe ou à la Martinique, il y a proportionnellement 20 % de généralistes en moins que dans l'Hexagone, et même 50 % de moins en Guyane. La situation est identique pour les autres professions médicales et certaines spécialités sont même absentes de plusieurs territoires. Par exemple, à Mayotte, il n'y a ni cardiologue ni cancérologue, et il n'y a qu'un diabétologue alors même que 10 % de la population sont diabétiques. L'offre de soins est ainsi excessivement concentrée sur les hôpitaux, qui sont en sous-capacité et dont les services d'urgences sont saturés. Et lorsque des aléas surviennent, qu'il s'agisse de catastrophes climatiques comme les ouragans qui ont ravagé Saint-Martin et Saint-Barthélemy l'an dernier, ou d'accidents comme l'incendie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre en novembre dernier, la situation devient tout simplement intenable.

Intenable pour les populations bien sûr, mais aussi pour les professionnels de santé, dont les conditions de travail, en temps normal tendues, deviennent inacceptables.

Enfin, il faut ajouter que dans beaucoup de régions ultramarines la géographie constitue aussi un facteur de déséquilibres graves dans l'offre de soins, très inégalement répartie. Il y a dans nos outre-mer des zones difficiles d'accès ou isolées. L'Ouest guyanais, par exemple, ou les îles du Sud en Guadeloupe sont de ce fait dépourvus de l'offre de soins nécessaire.

Tous ces aspects sont connus depuis longtemps.

Déjà en 2014, la Cour des comptes avait analysé ce contexte général et ses causes. Les difficultés persistantes des systèmes de santé résulteraient notamment des carences du système de prévention, que ce soit au niveau général ou au niveau de la protection maternelle et infantile (PMI) ou de la santé scolaire et universitaire. À Mayotte, par exemple, il n'y a aujourd'hui que trois médecins pour 100 000 jeunes scolarisés. La situation est telle que la PMI est défaillante et que la réserve médicale doit être mobilisée pour procéder aux campagnes de vaccination générale.

Les différents documents stratégiques adoptés par les gouvernements successifs ont depuis lors réaffirmé le rôle central de la prévention et l'ont remise au rang de priorité de santé publique. Il faut s'en féliciter.

Les efforts que font les ARS locales sont à saluer, compte tenu du contexte budgétaire que l'on connaît. Leurs stratégies régionales sont en grande partie centrées sur le renforcement de la prévention et une part importante des aides du Fonds d'intervention régional qui leur sont attribuées leur est consacrée. Une ARS comme celle de Mayotte alloue même jusqu'à 68 % de son budget à la prévention.

Cela étant, quatre ans après l'avis de la Cour des comptes, les choses n'ont pas véritablement évolué. Les rapports récents de plusieurs institutions comme la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) ou le Conseil national du sida (CNS), concluent que la situation reste critique dans nombre de domaines.

Il ressort ainsi de l'ensemble des auditions auxquelles j'ai procédé, notamment de celles des responsables des ARS des outre-mer et des acteurs de terrain, que les moyens ne sont pas suffisants, compte tenu de l'immensité des besoins.

Les documents de politique transversale outre-mer publiés hier montrent que les crédits du programme 204 fléchés vers les outre-mer perdent 1,6 million d'euros en autorisations d'engagement, après une baisse de 3,5 millions l'année dernière. Derrière l'affichage, la réalité des chiffres est donc cruelle.

Dans toutes les régions, il y a une pénurie de moyens, notamment humains, qui est considérable. Je l'ai évoquée s'agissant du personnel sanitaire dans ses différentes composantes. Cela rend dans certains cas extrêmement difficile pour une ARS de mener la politique de prévention qu'elle a définie.

Cette situation pose la question de l'attractivité des territoires et des moyens que l'on consacre pour recruter et fidéliser des personnels de santé qui interviendront dans le secteur de la prévention.

Dans le même ordre d'idées, se pose la question de la densité et de la qualité du tissu associatif : les ARS sont unanimes à souligner le rôle irremplaçable que jouent les acteurs associatifs en matière de prévention. Ils sont les seuls à pouvoir aller sur le terrain au contact des populations cibles, à diffuser des messages, à mener des actions adaptées aux réalités sociales et culturelles de chaque région. Les associations ont besoin d'être fortement soutenues, d'être professionnalisés et structurées. Or, souvent, elles sont encore loin de pouvoir répondre aux besoins.

S'agissant des moyens propres des ARS, les ressources financières mériteraient d'être renforcées car certains postes ne peuvent être dotés suffisamment pour faire face aux besoins, tout particulièrement pour faire monter les compétences des acteurs de terrain.

Tout cela pour vous dire, mes chers collègues, que certaines des mesures que le Gouvernement prend depuis deux ans ont un effet dévastateur direct sur l'action des acteurs associatifs et plus généralement en matière de prévention.

Je prendrai deux exemples pour illustrer cet aspect sur lequel je tiens tout particulièrement à appeler votre attention.

Le premier problème renvoie à la suppression des contrats aidés : la politique menée par le Gouvernement est un véritable coup de poignard pour la prévention. Comme vous le savez, 12 500 employeurs associatifs ont de ce fait disparu au niveau national en 2017. S'agissant des outre-mer, les informations que j'ai pu recueillir confirment la perte de compétences qui en a résulté pour les associations qui interviennent dans le champ sanitaire et social. Cela a un effet absolument dramatique sur le terrain. Des intervenants dans la formation desquels on avait investi, qui étaient compétents et qui avaient noué des liens de confiance avec des populations fragilisées, marginalisées, souvent difficiles à approcher, ont été perdus. En outre, les contrats aidés permettaient aux associations de recruter des personnels pour assurer les fonctions support indispensables, très chronophages pour les petites structures.

Nous voyons donc que d'un côté, le Gouvernement promeut la prévention, et que de l'autre, il fragilise le soutien au tissu associatif.

Madame la ministre, pourriez-vous m'indiquer les moyens que vous entendez mettre en œuvre pour consolider le tissu associatif dans les outre-mer et

soutenir la prévention ? Le Livre bleu proposait la création d'un fonds de prévention outre-mer : pourriez-vous me préciser quand et comment il sera activé ?

Le second problème grave sur lequel je souhaite vous alerter concerne le revenu de solidarité active (RSA). L'article 27 du projet de loi de finances prévoit une recentralisation du dispositif en Guyane. Cette disposition n'est pas contestable, puisqu'elle répond à un engagement présidentiel pris en accord avec les collectivités. Toutefois, comme à chaque fois, le diable se cache dans le détail et, à y regarder de près, les modalités de cette recentralisation sont porteuses d'une aggravation des problématiques de santé publique sur le territoire guyanais.

En effet, cette réforme s'accompagne de l'allongement de cinq à quinze ans de la durée de résidence préalable ininterrompue pour les étrangers non ressortissants d'un pays de l'Union européenne. Or, tous les acteurs savent que cette exigence est extrêmement difficile à satisfaire et qu'il y a toujours des ruptures entre deux titres de séjour. Cette disposition ne peut donc que conduire à l'exclusion des étrangers du dispositif du RSA en Guyane et, par conséquent, à une aggravation de la précarité des migrants, ce qui aura pour effet de les amener à basculer dans des pratiques à risque, d'addiction ou de prostitution, et à accroître la contamination par le VIH.

La prévention n'est jamais la priorité des personnes précarisées, elle l'est encore moins dans un territoire aussi difficile que la Guyane, où les acteurs de prévention rencontrent les plus grandes difficultés d'accès aux zones les plus reculées. L'adoption de l'article 27 du PLF est donc en totale contradiction avec l'approche préventive et ne répond nullement à l'urgence de la situation.

Madame la ministre, je vous ai déjà posé la question mais faute de réponse, permettez-moi de vous demander à nouveau si ces risques ont été pris en compte dans la réforme du dispositif du RSA en Guyane.

Mon dernier point portera sur la loi de juin 2013 visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire dans les outre-mer. Elle impose que la teneur en sucre des denrées distribuées sur les territoires ultramarins soit identique à celle des produits commercialisés dans l'Hexagone. Selon les informations que j'ai pu obtenir, la mise en œuvre de ces dispositions s'avère particulièrement lente. Il me semble indispensable et urgent que le Gouvernement veille à la stricte application de la loi et renforce les contrôles sur place. Cela ne pourra qu'être extrêmement positif pour l'amélioration de l'état de santé des populations d'outre-mer, au même titre que les mesures de prévention. Je vous demande donc, madame la ministre, d'être extrêmement vigilante sur ce point.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Chers collègues, je vais interrompre pour quelques minutes notre réunion afin que nous nous entendions sur son déroulement.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Nous en venons aux orateurs des groupes.

M. Jean-Louis Touraine. Madame la présidente, madame la ministre, j'évoquerai brièvement trois points.

S'agissant de l'AME, le groupe de La République en Marche vous est très reconnaissant, madame la ministre, de votre constance. Vous avez fait preuve de courage en maintenant les moyens nécessaires à cette noble mission. Elle répond à un double objectif : humanitaire mais aussi de santé publique car beaucoup des soins réalisés concernent des maladies infectieuses qui risqueraient de se propager faute de prise en charge rapide et efficace.

Mon deuxième point porte sur les crises ou accidents sanitaires, de l'amiante au Distilbène en passant par la Dépakine, le Levothyrox, les nouveau-nés sans bras ou les effets de la pollution. Tous appellent des progrès en matière d'épidémiologie, de communication et surtout de réactivité. Il y a eu des années de retard pour l'interdiction du Médiator, une génération pour le Distilbène. Comment mieux organiser les services et agences concernés afin que de telles affaires ne se reproduisent plus et que les effets adverses soient stoppés dès qu'ils sont connus ?

Enfin, si la recherche en santé publique est d'une très grande qualité, elle laisse de très nombreux thèmes inexplorés. Nous nous en rendons compte avec la préparation de la révision de la loi de bioéthique : nos choix devront reposer en grande partie sur des études anglo-saxonnes portant sur les méthodes de procréation, la parentalité, la génétique et même l'intelligence artificielle. Pourtant la France compte des chercheurs de premier plan, reconnus internationalement. Pourquoi ne pas les aider à compléter leurs travaux par une étude d'impact de santé publique ?

M. Jean-Pierre Door. Madame la ministre, nous constatons que la mission « Santé » est dotée de 1,42 milliard d'euros au lieu de 1,38 milliard l'an dernier et que les deux tiers de ses crédits sont consacrés à l'aide médicale d'État, autrement dit près de 900 millions d'euros.

Les quatre agences sanitaires financées par le programme 204 ont connu entre 2013 et 2017 une baisse de 38 % de leurs crédits. Après une légère hausse en 2018, ils baisseraient à nouveau, ce qui nous donne l'impression d'une véritable cure d'austérité.

Dans ce même programme, 80 millions d'euros sont consacrés à l'indemnisation des victimes de la Dépakine. Or, nous savons que le dispositif d'indemnisation mis en place par l'ONIAM est opérationnel, comme nous l'a indiqué sa directrice récemment.

J'aimerais savoir à quoi correspondent la baisse de 9 millions de l'action « *Pilotage de la politique de santé publique* » et celle des crédits alloués à la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation.

S'agissant du programme 183 « *Protection maladie* », la Cour des comptes a estimé contestable la programmation de certaines dépenses. Les taux d'exécution lui paraissent « *dépourvus de signification dans la mesure où la dette de l'État à l'égard de l'assurance maladie sert en pratique de véritable ajustement entre les dépenses de l'AME réalisées et les crédits disponibles* ». Elle note aussi que la hausse non anticipée des dépenses d'AME observées en fin d'année a conduit à un accroissement de cette dette.

Il y a donc lieu de s'inquiéter des effets de l'intensification des flux migratoires sur le financement de l'AME, madame le ministre. Rappelons qu'elle bénéficie à des personnes ayant obtenu le statut des réfugiés, mais aussi à des étrangers en situation irrégulière.

Afin d'assurer la soutenabilité de ces dépenses, le groupe Les Républicains pense qu'une réforme en profondeur de l'AME de droit commun est indispensable.

Enfin, que répondez-vous à la critique de la Cour des comptes ? Quelles actions significatives comptez-vous mener pour éviter des sous-budgétisations systématiques ? Envisagez-vous une réforme de l'AME afin de limiter la dérive actuelle ?

M. Cyrille Isaac-Sibille. Madame la présidente, madame la ministre, madame la rapporteure, chers collègues, comme le savez, la prévention primaire et l'éducation à la santé sont deux thèmes chers au groupe du Mouvement Démocrate et apparentés. Et je concentrerai mon intervention sur ces questions.

Nous connaissons, madame la ministre, votre intérêt pour la prévention, comme vous l'avez montré avec la stratégie « *Ma santé 2022* », le plan priorité prévention ou le comité interministériel de la santé. Il faut toutefois que tout cela se traduise par des moyens budgétaires.

L'analyse du programme 204 montre que les chiffres ne sont pas forcément au rendez-vous. Une politique de prévention efficace doit prendre en compte, dès le plus jeune âge, les inégalités de destin, dont la santé fait partie intégrante. Or, les indicateurs de performance retenus – taux de participation au dépistage du cancer colorectal, prévalence du tabagisme, taux de couverture vaccinal contre la grippe chez les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans – laissent peu de place à la prévention auprès des plus jeunes.

D'un point de vue budgétaire, nous regrettons la diminution des moyens alloués au programme 204. L'action 11 « *Pilotage de la politique de santé publique* » subit une baisse de 3 % de ses crédits et l'action 14 « *Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades* » connaît également une

diminution de crédits. Dans l'action 12 « *Santé des populations* », seuls 400 000 euros sont dédiés à la santé de la mère et de l'enfant, autrement dit aux mille premiers jours de l'enfant dont on sait le caractère déterminant.

Bien évidemment, nous ne pouvons que soutenir le Gouvernement quand il donne la priorité à la prévention mais nous nous étonnons qu'elle ne trouve pas de traduction dans le budget. Toute la question est de savoir comment sont répartis et décroisés les crédits dédiés à cette politique : quelle part relève de la sécurité sociale? Quelle autre du projet de loi de finances ?

La prévention en santé est de dimension interministérielle. Elle ne se limite pas exclusivement au secteur médical et dépasse le cadre du PLFSS et du PLF, et même l'action de l'État – je pense au travail des associations, des collectivités, des mutuelles et même des entreprises. Afin de connaître les efforts réellement consentis en faveur de la prévention, nous aimerions disposer d'un document de politique transversale, sans quoi nous continuerons à avancer dans le noir et la prévention restera le parent pauvre de la politique de santé. Un tel document serait une nécessité pour dresser un état des lieux des financements dédiés à la prévention. Nous présenterons un amendement en ce sens.

M. Paul Christophe. Les moyens alloués pour 2019 à la mission « *Santé* » s'élèvent à 1,42 milliard d'euros, soit une légère augmentation de 40 millions d'euros par rapport à l'année 2018.

L'AME mobilise la majeure partie des crédits du programme 183 « *Protection maladie* » et représente près des deux tiers des dépenses de la mission. Pour l'année 2019, elles s'élèveront donc à 893 millions d'euros, soit une hausse de 53 millions d'euros par rapport à la loi de finances initiale pour 2018. La hausse tendancielle du nombre de bénéficiaires pourrait expliquer cette augmentation mais le bleu budgétaire n'apporte pas suffisamment de précisions sur ce point.

Le groupe UDI, Agir et Indépendants plaide pour une approche mesurée sur ce dossier sensible, sujet aux caricatures et fantasmes démagogiques de certains.

À ceux qui souhaiteraient supprimer cette aide pour faire des économies, nous opposons un argument plus nuancé : en cas de suppression du dispositif, le coût de la prise en charge des soins des personnes en situation irrégulière se répercuterait *in fine* sur les services des urgences, donc sur les hôpitaux qui ne sont pas en mesure d'absorber ces nouvelles missions. Lors de l'examen du PLFSS, nous avons déjà alerté le Gouvernement sur les difficultés financières des hôpitaux qui affichent un déficit de près de 1,5 milliard d'euros en 2018 et une dette avoisinant les 29 milliards d'euros. La suppression de l'AME ne constituerait donc pas une mesure de gestion saine et responsable.

Pour autant, le coût de l'AME ne doit pas devenir insupportable pour nos finances publiques. Il nous faudrait peut-être définir les soins relevant de ce

dispositif. Nos concitoyens qui font face au déremboursement progressif de soins et de médicaments et aux coûts toujours plus élevés des complémentaires de santé ne peuvent pas comprendre que des personnes en situation irrégulière sur notre territoire puissent bénéficier de soins médicaux ou hospitaliers pris en charge à 100 %. Il pourrait être utile de mieux circonscrire le périmètre de l'AME afin de limiter les éventuels abus.

Le programme 183 est également consacré à l'indemnisation des victimes de l'amiante. Nous vous avons fait part l'année dernière de nos interrogations sur la participation de l'État aux ressources du FIVA. Ce fonds demeure plafonné depuis 2017 à 8 millions d'euros et la contribution de l'État est passée de 13,4 millions d'euros à 8 millions entre 2016 et 2017, soit une baisse drastique de 40 %. Le montant dédié au fonds nous apparaît insuffisant, au regard des responsabilités assumées par l'État dans le cadre du scandale de l'amiante. À cet égard, je regrette, comme les familles des victimes, nombreuses dans ma circonscription, qu'un procès pénal n'ait pas encore permis de reconnaître la responsabilité de ceux qui ont freiné des mesures d'interdiction de l'amiante. Nous savons pourtant le caractère dissuasif que pourrait avoir une telle condamnation pénale pour ce qui est des autres produits toxiques.

En matière de prévention, des actions sont engagées dans le budget que vous présentez. Notre groupe plaide aussi pour une politique ambitieuse et plus volontariste en la matière. La prévention d'aujourd'hui permettra les économies de demain. Il est donc très important de fixer un cap clair dès le plus jeune âge pour qu'il soit tenu tout au long de la vie.

Enfin, je note les efforts du Gouvernement en faveur de la vaccination, qui constitue à mon sens la première des préventions. Alors même qu'elle reste le moyen le plus efficace pour protéger les populations contre les maladies infectieuses, la couverture vaccinale dans notre pays demeure insuffisante. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime pourtant à 3 millions le nombre de décès évités chaque année dans le monde grâce aux vaccins, qui sont d'une efficacité incontestable en matière de santé publique. Nous encourageons donc le Gouvernement à accentuer ses efforts en la matière et invitons nos concitoyens à se faire très largement vacciner. Plus qu'un acte individuel, la vaccination est un geste médical altruiste : on ne se fait pas vacciner uniquement pour soi mais aussi pour protéger les autres. Les taux de vaccination indiqués accusent une légère baisse. Pouvez-vous nous éclairer sur cette évolution, madame la ministre ? Quelles modalités entendez-vous mettre en œuvre pour augmenter le taux de vaccination ?

Pour finir, j'indique qu'en l'état actuel de la discussion, notre groupe souhaite exprimer une position favorable sur vos propositions budgétaires.

Mme Éricka Bareigts. Madame la ministre, mes chers collègues, je veux commencer par remercier notre rapporteure pour avis pour son travail qui met en évidence les lourdes difficultés auxquelles les territoires ultramarins continuent à

être confrontés en matière de santé. Cela dit, nous ne comprenons pas pourquoi il est prévu une diminution des crédits destinés à la prévention dans les outre-mer, alors que la situation nécessiterait au contraire une action rapide et significative en direction de ces territoires.

Pour ce qui est de la mission « *Santé* », comme la rapporteure, nous déplorons que la priorité donnée à la prévention lors de la présentation de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 ne trouve pas sa traduction dans les crédits de la mission pour 2019. L'augmentation de plus de 3,5 % des crédits de la mission est essentiellement due au programme 183, consacré à l'aide médicale d'État. Cependant, nous sommes déçus de constater que les crédits du programme 204 « *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* » sont les grands perdants de la mission, avec une baisse des crédits de 1,1 % par rapport à 2018.

Une analyse approfondie du programme 204 met en évidence plusieurs contradictions, ainsi que des motifs d'étonnement. Tout d'abord, au regard de la stratégie de lutte contre la pauvreté des enfants, nous regrettons la baisse des crédits destinés à la santé des populations en difficulté, alors que ces crédits sont principalement destinés à la prévention et à la sensibilisation en matière de risques comportementaux au sein des populations les plus précaires – je pense notamment aux enfants et à leurs familles. Par ailleurs, il est inquiétant de voir les crédits de l'action 14 diminuer de 0,5 %. Le seul effort consenti porte sur la lutte contre les maladies neuro-dégénératives et liées au vieillissement, mais cela se fait malheureusement au détriment de la prévention des addictions et de la santé mentale. Si l'on croise ces derniers crédits avec ceux relatifs à la santé de la mère et de l'enfant, il apparaît qu'ils ne constituent pas une véritable réponse au cri d'alarme lancé en septembre dernier par la défenseure des enfants, Geneviève Avenard, au sujet de la santé mentale des enfants, dont 12,5 % sont en souffrance psychique – un phénomène qui a toujours des répercussions, notamment sur leur scolarité.

De même, alors que le débat récent autour du glyphosate, dans le cadre de l'examen de la loi pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous, dite « EGALIM », a montré combien les Français étaient de plus en plus soucieux des questions de santé environnementale, on assiste à une baisse des crédits santé et environnement, qui passent de 3,5 millions d'euros en 2018 à 2,78 millions d'euros cette année. Ces crédits ne répondent plus aux besoins du troisième Plan national santé environnement 2015-2019, qui plaçait au premier plan la prévention des cancers en relation avec des expositions environnementales et faisait de la réponse aux enjeux de santé posés par les pathologies en lien avec l'environnement l'objectif prioritaire du plan.

En ce qui concerne le programme 183, nous ne pouvons que nous féliciter de la hausse d'environ 6 % des crédits, dont l'essentiel est consacré à l'aide médicale de l'État (AME). Néanmoins, depuis plusieurs années, de nombreuses institutions recommandent d'inclure l'AME dans le régime général de la sécurité

sociale. Notre groupe a d'ailleurs déposé, lors de l'examen des PLFSS 2018 et 2019, un amendement demandant un rapport sur cette question – que votre majorité a repoussé pour la deuxième fois cette année.

Si la baisse des crédits du programme 204 consacré à la prévention est une déception, nous sommes favorables à l'adoption des crédits du programme 183, destiné à l'indemnisation des victimes de l'amiante et à l'aide médicale de l'État, un dispositif essentiel qui répond à un enjeu de santé publique, de prévention et d'accès aux soins. D'autre part, nous nous satisfaisons de l'installation d'une organisation interministérielle consacrée à la prévention. À ce sujet, madame la ministre, pouvez-vous nous préciser selon quelles modalités les services sanitaires seront mis en place, quelle sera leur répartition sur le territoire national et sur quels critères celle-ci s'effectuera ?

Pour l'ensemble des raisons que j'ai évoquées, le groupe Socialistes et apparentés s'abstiendra cette année sur la mission « *Santé* ».

M. Jean-Philippe Nilor. Madame la ministre, mes chers collègues, il y a en France une insuffisance chronique des moyens mis en œuvre par rapport à l'ampleur des besoins en matière de santé publique. L'état des lieux sanitaire des outre-mer en constitue une parfaite illustration – si ce n'est que l'écart entre les besoins et les moyens y est encore plus important que dans l'Hexagone, ce qui aboutit à une situation particulièrement critique. Je félicite chaleureusement la rapporteure pour avis pour la qualité de son rapport et pour son courage, car elle a très bien su traduire les difficultés quantitatives et qualitatives majeures de l'organisation de l'offre de soins dans les territoires dits d'outre-mer, et surtout les souffrances résultant de cette situation.

Aujourd'hui, les centres hospitaliers universitaires (CHU) de nos territoires ressemblent davantage aux dispensaires du tiers-monde qu'aux hôpitaux d'un pays moderne. En dépit de l'implication extraordinaire des personnels médicaux et paramédicaux, la situation est on ne peut plus critique, à tel point qu'aujourd'hui, au sein de tous nos territoires, il se dit qu'en cas de survenue d'une maladie, il vaut mieux avoir suffisamment d'argent de côté pour se payer un billet d'avion et venir se faire soigner à Paris ! Ainsi, il risque encore de se développer une médecine à deux vitesses : d'un côté, une médecine captive et de bas niveau pour ceux qui n'ont pas les moyens de se déplacer, de l'autre, une médecine de qualité accessible seulement en dehors de nos territoires – généralement à Paris – pour ceux qui en ont les moyens.

Je suis très attentif à chacune de vos interventions, madame la ministre, et je vous entends souvent dire que nos CHU sont très « subventionnophages » et que nous coûtions beaucoup aux finances publiques en raison du fait que, chaque année, l'État est obligé de venir en aide à nos hôpitaux – il est vrai agonisants. Mais quand sera-t-il enfin établi un diagnostic objectif sur le poids de la tarification à l'activité (T2A), une pratique d'inspiration étasunienne appliquée à l'ensemble du modèle français mais qui, au sein de nos territoires, provoque des

ravages incommensurables ? Quand posséderons-nous enfin des éléments objectifs sur le coefficient géographique que l'on nous applique, et qui est structurellement sous-évalué ? Je rappelle que le CHU de la Martinique est né de la fusion forcée de trois établissements hospitaliers qui étaient déjà structurellement déficitaires auparavant : le fait pour des personnes pauvres de se marier ensemble ne les rend pas plus riches !

Cela dit, même si la situation s'y prête, je considère qu'il faut sortir de la sinistrose et des discours uniquement alarmistes, car nos territoires recèlent aujourd'hui de véritables potentiels. Ainsi, à la Martinique, une plateforme régionale d'oncologie a été mise en œuvre par des professionnels de très haut niveau et produit un travail exceptionnel en matière de soutien apporté aux malades du cancer. Cela montre bien que nous pouvons aussi, dans nos territoires, être pionniers dans nombre de domaines et servir de régions-pilotes pour la mise en œuvre d'expériences ayant vocation à faire ensuite l'objet d'une généralisation à l'ensemble du territoire français – à condition, bien sûr, que ces expériences soient reconnues, valorisées et dotées de moyens à la hauteur des ambitions qu'elles portent. La Martinique est également pionnière dans la mise en place d'un comité de démocratie sanitaire.

On répète sans cesse que les territoires d'outre-mer sont des terres de champions, grandes pourvoyeuses de médailles sportives dans toutes les disciplines. Pour ma part, j'aimerais qu'ils soient aussi des territoires d'excellence en matière de sport-santé. Puisque nous œuvrons déjà énormément dans le domaine du sport-thérapie, je souhaite connaître votre position sur la demande que nous allons formuler prochainement, visant à la prise en charge, au bénéfice des personnes atteintes d'affections de longue durée, d'un forfait incluant une quarantaine de séances de sport encadrées par des professionnels spécialement formés.

Mme Jeanine Dubié. Madame la ministre, mes chers collègues, je remercie Mme la rapporteure pour avis pour son rapport de grande qualité, qui se révèle fort instructif pour les parlementaires de métropole, qui ne connaissent pas toujours très bien la situation des territoires.

Comme cela a déjà été dit, on constate cette année une augmentation de 3,5 % des crédits de la mission « Santé », qui correspond essentiellement à une hausse des crédits de l'aide médicale d'État, tandis que les crédits du programme 204, consacré à la prévention, sont en diminution – plusieurs actions de prévention sont touchées. En ce qui concerne l'action 11, nous sommes très inquiets pour les têtes de réseaux associatifs et les instances de démocratie en santé, compte tenu de la baisse conséquente des crédits affectés à leur financement.

Ainsi, le budget de la conférence nationale de santé va se trouver divisé par neuf en 2019, passant de 2,3 millions d'euros à 0,25 million d'euros. Les crédits dédiés à la santé des populations en difficulté diminuent également, ce qui

paraît contradictoire avec le plan de prévention et de lutte contre la pauvreté, ainsi qu’avec le plan « *Ma santé 2022* ». Pour ce qui est de la prévention des maladies chroniques, inscrite comme une priorité – il convient de rappeler que 15 millions de personnes en France sont touchées par des maladies chroniques – et qui nécessiterait à ce titre une forte augmentation des moyens alloués, nous constatons au contraire une diminution des crédits de 0,5 %.

Madame la ministre, comment pensez-vous répondre aux enjeux de prévention, qui constituent une ambition régulièrement affirmée par le Gouvernement, alors que les crédits affectés à ces actions sont en diminution ? Pourquoi baisser de façon drastique le financement des corps intermédiaires, à savoir les têtes de réseaux associatifs et les instances de démocratie en santé, alors que ce sont des acteurs essentiels en matière de coopération et d’organisation des sujets sur le territoire – ce que vous avez mis en avant dans le plan « *Ma santé 2022* » ? Enfin, je me fais le porte-parole de nombreuses associations qui réclament l’intégration de l’AME au régime général de la sécurité sociale, ce qui permettrait d’aboutir à un système plus simple et faciliterait l’accès au droit et aux soins : pouvez-vous nous préciser ce qui s’oppose à cette évolution ?

M. Jean-Luc Reitzer. Madame la ministre, je souhaite vous interroger au sujet des conditions de vie de nos aînés dans les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Une intersyndicale représentant les personnes âgées concernées, les familles et les salariés, vous a présenté plusieurs revendications, à savoir l’application d’un agent ou d’un salarié par résident en établissement – conformément à ce qui est prévu par le Plan solidarité grand âge – , l’augmentation du temps passé auprès des personnes âgées à domicile, l’amélioration des rémunérations, des perspectives professionnelles et des carrières dans le cadre du statut, mais aussi des conventions collectives nationales, l’abrogation des dispositions législatives relatives à la réforme de tarification des EHPAD contenues dans la loi du 28 décembre 2015, enfin le maintien de tous les effectifs en établissement et à domicile – y compris des contrats aidés, qui doivent être intégrés et sécurisés.

Ces revendications sont estimées légitimes par une grande majorité de nos concitoyens, et des rapports parlementaires, ainsi que les travaux du Conseil économique, social et environnemental, ont confirmé l’impérieuse nécessité et l’urgence d’attribuer au secteur de l’aide aux personnes âgées des moyens financiers et humains supplémentaires. Madame la ministre, pouvez-vous nous préciser les mesures concrètes que vous comptez mettre en œuvre, et à quelle échéance, pour répondre au droit de chaque citoyen âgé de bénéficier d’un accompagnement humain digne ?

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Madame la ministre, mes chers collègues, nous sommes tous conscients du fait que la prévention est l’affaire de tous. Il en est de même de la politique de santé publique, qui revêt un aspect transversal et intéresse donc bien d’autres ministères que celui des solidarités et de la santé.

Si je me félicite de constater que la prévention est affichée comme l'une des priorités de la stratégie nationale de santé, j'estime que nous devrions disposer d'une plus grande lisibilité sur les moyens consacrés à cette cause par chacun des ministères concernés et j'espère que vous pourrez agir en ce sens, madame la ministre.

M. Bernard Perrut. Madame la ministre, je souhaite, au-delà même des crédits de la mission « Santé », vous interroger sur vos choix budgétaires en oncopédiatrie, un sujet qui me tient particulièrement à cœur. Chaque année, on fait à 2 500 enfants et adolescents le diagnostic d'un cancer, et près de 500 d'entre eux décèdent, soit l'équivalent de vingt classes d'école, faute de traitement adapté. En la matière, l'engagement de l'État est faible : moins de 3 % des fonds anti-cancer sont actuellement alloués à la recherche sur les cancers pédiatriques au sein du budget de l'Institut national du cancer (INCa).

Si la logique du nombre, opposant adultes et enfants, est souvent invoquée, j'estime pour ma part qu'il est aussi important de financer la recherche pour la femme atteinte d'un cancer du sein que pour le petit garçon atteint d'une tumeur du tronc cérébral. Les parents, les associations et les spécialistes évoquent le besoin d'un fonds doté de 15 millions à 20 millions d'euros par an. Un amendement visant à atteindre cet objectif a été examiné en séance dans le cadre des débats sur la première partie du PLF, mais il a été repoussé ; le même amendement a, en revanche, été adopté en commission des finances lundi dernier.

Madame la ministre, pouvez-vous nous éclairer sur les raisons qui vous conduisent à observer une certaine forme d'attentisme en la matière, au lieu de faire en sorte que la lutte contre les cancers pédiatriques soit dès maintenant dotée de moyens suffisants ? Si vous estimez inutile de consacrer davantage de moyens à cette cause, pouvez-vous nous préciser à quels outils nous pouvons recourir pour faire avancer la recherche ?

M. Brahim Hammouche. Madame la ministre, la semaine dernière, devant cette même commission, j'ai interrogé Mme Claire Compagnon, candidate à la présidence du conseil d'administration de l'ONIAM, sur l'indemnisation des victimes de la Dépakine. Je suis cependant resté un peu sur ma faim, notamment en ce qui concerne les actions subrogatoires que l'ONIAM pourrait engager contre les responsables défaillants après avoir indemnisé les victimes. J'aimerais savoir où en sont les actions contre le laboratoire en cause, et quel est pour 2019 le budget dédié à l'indemnisation des victimes et des bénéficiaires, dont le nombre est estimé à 14 000 – étant précisé que ce budget était de 77,7 millions d'euros en 2018.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Madame la ministre, vous souhaitez faire de la prévention une grande politique publique, ce que l'on ne peut qu'approuver. Cependant, je m'inquiète du manque de lisibilité de votre politique de prévention, et du fait qu'elle soit définie de manière assez restrictive dans le budget : je regrette ainsi que ni l'alcoolisme, ni la contraception chez les jeunes femmes – un

sujet important du fait des conséquences qu'il peut avoir – ne fassent partie des priorités que vous avez définies.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Mesdames et messieurs, je vous remercie pour l'attention avec laquelle vous avez examiné ce budget, et je me félicite de constater que nombre d'entre vous souhaitent voir la prévention occuper une place centrale dans notre politique de santé – sur ce point, je vais pouvoir vous rassurer pleinement.

Je vais répondre de façon thématique aux questions qui m'ont été posées, en commençant par celles que m'ont adressées Mme la rapporteure et M. Nilor sur notre politique de santé outre-mer. Comme vous le savez certainement, nous travaillons main dans la main avec Annick Girardin, la ministre des outre-mer, et avons été très attentifs à ce que le Livre bleu des outre-mer comporte un volet santé. En effet, l'accès à la santé d'une part, les déterminants de santé d'autre part, posent aujourd'hui de nombreux problèmes outre-mer, ce qui justifie que nous fassions de cette question une priorité. Cela constitue également le premier axe de notre Stratégie nationale de santé, avec un plan « *Priorité prévention* » qui décline, pour l'outre-mer, des mesures particulières en matière de prévention – de même, le Plan d'accès aux soins prévoit des mesures spécifiques pour les outre-mer.

Force est de constater que les indicateurs de santé sont plus dégradés dans les outre-mer qu'en métropole, ce qui nécessite des actions particulières, notamment en matière de prévention. La Stratégie nationale de santé fixe quatorze objectifs particuliers aux outre-mer. Pour l'ensemble des collectivités, il est demandé d'améliorer l'état de santé des mères et des enfants et de réduire l'incidence des maladies chroniques – notamment du diabète et ses complications. Parallèlement, il est prévu des mesures spécifiques à certains territoires : ainsi, certaines mesures visent à réduire la contamination des personnes par le chlordécone qui imprègne les sols de la Guadeloupe et de la Martinique, tandis qu'à Mayotte, nous mettons en place un dispositif de couverture vaccinale, concernant notamment les enfants.

Le plan *Priorité prévention* prévoit également une action visant à une bonne organisation du suivi péri- et postnatal *via* les PMI et les dispensaires, afin de prévenir les décès maternels et infantiles. Des mesures ont été mises en place à titre expérimental pour améliorer la vaccination contre le papillomavirus (HPV) dans les outre-mer, où la prévalence de ce virus est particulièrement élevée – de même, l'incidence des cancers du col de l'utérus et la mortalité liée à cette cause y sont trois fois plus élevées que dans l'Hexagone. Nous avons prévu l'adaptation à la situation locale et aux cultures ultramarines des outils nationaux de prévention, que ce soit en matière de prévention des infections sexuellement transmissibles, notamment du VIH, ou en matière de grossesse précoce – auprès des jeunes filles de douze à vingt-cinq ans.

Pour appuyer ces actions de prévention, nous disposons de deux supports financiers principaux : d'une part, le programme 204 de la mission « Santé », pour un montant de 44 millions d'euros en 2017 – ces crédits ont aussi permis de répondre ponctuellement à des urgences sanitaires –, d'autre part, le levier du fonds d'intervention régional (FIR) pour un montant global de 47,3 millions d'euros en 2017 et 49,8 millions d'euros budgétés en 2018. Je précise que la part du FIR dédiée à la prévention est de 23 % en outre-mer, contre seulement 15 % dans l'Hexagone, ce qui montre bien que les ARS mettent beaucoup de détermination à accompagner les territoires en termes de prévention. Ces montants, déjà conséquents, continuent d'augmenter, et pourraient à l'avenir se trouver abondés par le produit de la hausse de la cotisation de sécurité sociale sur le rhum, en application d'une mesure adoptée dans le cadre du PLFSS et qui pourrait rapporter environ 25 millions d'euros au terme de la montée en charge de la convergence des taxes sur le rhum ; cela passera par le fonds de lutte contre le tabac – qui vise désormais toutes les addictions. Le PLFSS pour 2019 prévoit également que les crédits du fonds de prévention des addictions dédiés aux outre-mer fassent l'objet d'un suivi particulier.

On ne peut pas dire que la loi du 3 juin 2013 sur la qualité de l'offre alimentaire en outre-mer n'est pas appliquée : elle l'est, en tout cas pour l'essentiel, j'en veux pour preuve ses deux volets relatifs au sucre. Le premier volet, qui prévoit l'obligation de ne pas rajouter de sucre aux produits fabriqués dans l'Hexagone et importés dans les départements d'outre-mer (DOM), est très bien appliqué. Les choses sont un peu plus compliquées pour le second volet, qui concerne les produits locaux fabriqués en outre-mer – il s'agit de yaourts, de boissons, de glaces et de pâtisseries –, dont la teneur en sucre doit être équivalente à celle des produits de la même famille existant dans l'Hexagone : or, il n'existe pas toujours d'équivalent à ces produits, ce qui rend difficile une application stricte de la loi et nous oblige à demander sans cesse aux fabricants d'outre-mer de veiller à ce que leurs produits présentent une teneur en sucre modérée – en tout état de cause, la loi a constitué un signal très fort en ce sens.

Un certain nombre de mesures spécifiques ont été prises pour l'amélioration de l'accès aux soins. Ainsi, à partir de 2018, nous avons prévu, dans le cadre du Plan d'accès aux soins, 100 postes d'assistants spécialistes à temps partagé, dédiés aux outre-mer dans le cadre du volet ultramarin du plan « *Priorité prévention* ». Compte tenu de la démographie médicale du département de Mayotte, il a été mis en place une indemnité particulière d'exercice allouée aux personnels médicaux – le texte en cours de finalisation prévoit de ramener la durée d'engagement pour bénéficier de cette prime de quatre à deux ans, pour inciter les professionnels à aller exercer à Mayotte. Enfin, nous avons noué des partenariats entre les centres hospitaliers ultramarins et les CHU de métropole afin de permettre les échanges de bonnes pratiques et de professionnels. C'est le modèle de la convention qui a été signée entre le centre hospitalier de Cayenne et l'Assistance publique Hôpitaux de Paris (AP-HP) – je précise qu'il existe un volet « télémédecine », dédié notamment au renforcement de l'offre spécialisée.

Je suis d'accord pour considérer que les associations jouent un rôle très important en matière de prévention dans les DOM. Beaucoup est fait dans ce domaine, notamment dans le cadre du volet « santé sexuelle », avec notamment le déploiement d'un volet spécifique pour l'outre-mer par le planning familial. Je veux souligner qu'aucune suppression d'emploi n'est prévue en 2018 ni en 2019 dans les ARS d'outre-mer. Au contraire, nous avons prévu dix emplois supplémentaires pour préfigurer l'ARS de Mayotte et cinq emplois supplémentaires pour mettre en place un centre national de ressources en appui aux ARS d'outre-mer, notamment pour des actions spécifiques – qui pourraient s'inscrire dans le champ de la prévention.

Jean-Louis Touraine et Ericka Bareigts m'ont interrogée sur les crédits dédiés à la partie « santé et environnement ». En vue de l'adoption en 2019 du quatrième plan national santé environnement (PNSE4), nous travaillons en moment à l'élaboration de ce plan avec l'ensemble des parties prenantes, notamment ce comité de pilotage national qu'est le groupe Santé environnement, présidé par Mme Élisabeth Toutut-Picard, mais aussi l'INSERM, l'ANSES et Santé publique France. Bien évidemment, ce plan sera accompagné de produits.

D'autre part, nous avons développé un certain nombre de plan spécifiques, notamment le plan « Écophyto 2 », relatif aux pesticides et paru en avril 2018, qui traduit la volonté de tous les ministres concernés d'élaborer un plan d'action visant à rendre l'agriculture moins dépendante à tous les produits phytosanitaires, à mieux connaître les impacts de leur utilisation sur la santé et à mieux protéger la population. Le ministère de la transition écologique et mon ministère portent ensemble une stratégie nationale pour les perturbateurs endocriniens. Le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministère de l'économie sont également impliqués dans cette stratégie, qui comporte un volet « recherche » financé par le ministère de la recherche, un volet de valorisation, un volet de surveillance, un volet d'expertise sur les substances, un volet de réglementation et un volet de substitution des perturbateurs endocriniens. Des actions sont également prévues en faveur de la formation des professionnels de l'agriculture et de l'information vis-à-vis du public des professionnels de santé. Tous ces plans sont très bien structurés et financés.

Nous avons évidemment besoin d'opérateurs pour porter ces politiques publiques au niveau national et local, notamment pour ce qui est de l'expertise qui vient en appui à la décision. La responsabilité de cette expertise revient à nos agences sanitaires, en particulier à l'ANSES et à Santé publique France, avec lesquelles nous coopérons de façon très étroite. Pour les années qui viennent, nous leur avons demandé de bien répartir leurs missions, qui vont de la surveillance du territoire à l'évaluation des risques sanitaires d'origine environnementale, mais aussi de mieux coopérer de se coordonner. Une convention de collaboration a été conclue entre l'ANSES et l'ANSP, et une lettre a été cosignée par la direction générale de la santé (DGS) et la direction générale de la prévention des risques (DGPR) le 11 juin 2018, afin de demander aux deux agences d'établir un document de coopération et de coordination de leurs actions, qui servira de fil

conducteur pour la constitution d'une plaquette d'information à destination des ARS, des directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) et des collectivités territoriales.

Il existe également un volet « radioprotection », destiné à l'IRSN et comportant un programme de travail et une convention-cadre signée entre la DGS et l'IRSN dans le domaine de la surveillance radiologique du territoire, des eaux de consommation, de l'exposition au radon et de la radiologie en santé. Au niveau local, les ARS interviennent dans le cadre des plans régionaux de santé (PRS). Par ailleurs, outre le volet environnement des PRS, les cellules d'intervention en région (CIRE), qui dépendent de Santé publique France, ont pour rôle de prolonger en région l'action de surveillance et d'expertise de l'agence de santé publique. Enfin, la Haute Autorité de santé (HAS) a été mandatée pour travailler à l'élaboration de documents d'information à l'usage des professionnels de santé, visant notamment à les aider à mieux informer le grand public sur les sites et les sols pollués, sur la pollution de l'air et sur l'exposition aux perturbateurs endocriniens.

Enfin, dans le domaine « santé environnement », nous souhaitons renforcer les dispositifs de surveillance : c'est un axe prioritaire du contrat d'objectifs et de performance (COP) signé avec Santé publique France et l'ANSES pour la période 2018-2022, qui va permettre le maintien d'un niveau d'intervention élevé de ces deux agences dans le champ de la surveillance sanitaire. Nous pensons renforcer l'activité des registres, grâce à une surveillance effectuée *via* des canaux numériques et des canaux de remontée d'information mutualisés – un nouveau dispositif rendu possible par la modernisation des outils de surveillance et de veille sanitaire, qui nous permet d'être encore plus réactifs.

On déplore souvent le retard dans la prise en compte de certains risques sanitaires en évoquant des cas anciens, comme l'a fait Jean-Louis Touraine en parlant du Distilbène – une affaire qui date des années 1960. Or, nous avons beaucoup progressé et disposons désormais d'un réseau de surveillance fiable et très performant, notamment en matière de surveillance des risques alimentaires, avec les centres nationaux de référence des bactéries et des champignons. Fin 2017, c'est ce qui a permis à Santé publique France de lancer l'alerte sur la salmonelle dans les laits infantiles : en 24 heures, les renseignements donnés par les centres de référence nous ont permis de remonter jusqu'à l'origine de la contamination des nouveau-nés, en l'occurrence une usine Lactalis, et de prévenir la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), le ministère de l'agriculture et le ministère de l'économie. J'insiste sur le fait que très peu de pays auraient été capables de faire la même chose en si peu de temps : nous ne devons donc pas juger trop sévèrement notre capacité à repérer des signaux sanitaires.

Pour ce qui est de la recherche en santé environnement, il nous faut mobiliser tous les organismes de recherche. Au-delà du CNRS, de l'INSERM, de l'ANSES, nous avons besoin de toutes les alliances, que ce soit en sciences

humaines et sociales – avec l’alliance Athéna – ou en sciences de l’environnement – avec l’Alliance nationale de recherche pour l’environnement (AllEnvi). Au sujet du chlordécone en Guadeloupe et à la Martinique, nous avons organisé un colloque scientifique réunissant les trois alliances de recherche, mais aussi l’ensemble des présidents et des directeurs des organismes d’expertise que sont l’INCa, l’ANSES et Santé publique France, qui sont intervenus auprès de la population pour mieux l’informer. Nous avons évidemment l’intention de promouvoir ce type de colloques, car nous avons besoin d’expertises croisées pour améliorer notre connaissance sur les risques environnementaux.

M. Door m’a interrogée sur la baisse de 9 millions d’euros de crédits du pilotage de la politique de santé publique. En fait, cette baisse porte exclusivement sur les crédits liés aux actions de contentieux et, du fait d’un report d’environ 30 millions d’euros des crédits de 2018 sur 2019, nous aurons plutôt un accroissement des crédits destinés au pilotage – il n’y a donc aucune inquiétude à avoir sur ce point.

M. Christophe, M. Touraine et M. Door m’ont également questionnée sur l’AME. Comme je l’ai dit, la prévision annuelle des dépenses sur ce point est complexe. L’évolution de la population concernée dépend évidemment des flux migratoires, mais aussi du statut des personnes, puisque les réfugiés et les demandeurs d’asile dont la demande est en cours d’instruction bénéficient de la protection universelle maladie (PUMA). Le montant des dépenses au titre de 2017 a été légèrement dépassé – de 37 millions d’euros. Pour 2018, nous anticipons un besoin de crédits complémentaires de l’ordre de 22 millions d’euros pour l’AME de droit commun, sur un total en loi de finances initiale de 2018 de 840 millions d’euros. Il ne s’agit pas d’une sous-budgétisation à proprement parler, puisque cela ne représente qu’un écart de moins de 2,5 % de la dépense budgétée sur une population très difficile à évaluer.

En 2019, le montant des crédits pour l’AME de droit commun sera porté à 893 millions d’euros, ce qui représente une hausse de 6,3 % prenant en compte une hypothèse d’évolution des effectifs de 4,6 %. Cela dit, je tiens à rappeler que nous sommes très attentifs aux conditions de délivrance, et que nous sommes en train de cadrer le dispositif en centralisant les demandes sur trois caisses primaires d’assurance maladie (CPAM), à savoir Paris, Marseille et Bobigny. L’augmentation des taux de contrôle nous permettra d’avoir une meilleure lisibilité sur les publics concernés et nous sommes, comme vous, convaincus que la régulation de ces dépenses passe par une meilleure efficacité de la gestion, mais aussi par un renforcement des contrôles.

Ces trois caisses centralisatrices instruiront tous les dossiers d’AME de la métropole pour réaliser des économies de gestion. Nous passerons à 12 % de dossiers doublement contrôlés par les agences comptables en 2020, au lieu de 10 % aujourd’hui, la durée de leur instruction passera à vingt jours, contre vingt-cinq aujourd’hui, et nous améliorerons le pilotage de la dépense grâce à des données plus fournies sur le type de demande. Aujourd’hui, demandeurs et

bénéficiaires de l'AME sont, je tiens à le rappeler, contrôlés au même titre que les assurés par la CNAMTS, voire plus : ils sont contrôlés à chaque étape de l'instruction et de la remise du titre. Plus de 10 % des dossiers font l'objet d'une double instruction chaque année par les services de l'agent comptable et le ministère des affaires sociales travaille aujourd'hui avec le ministère de l'intérieur pour permettre aux CPAM d'accéder à la base de données des visas pour éviter les fraudes à l'AME liées à la dissimulation de visas. Un travail en cours permettra donc d'améliorer encore les dispositifs en 2020. Enfin, pour répondre à certaines inquiétudes qui s'expriment régulièrement, je rappelle que l'AME ne couvre évidemment pas du tout le même panier de soins que celui des assurés sociaux. Sont seuls concernés les soins considérés comme essentiels, non les médicaments aujourd'hui remboursés à 15 %, les cures thermales, les actes, examens et médicaments nécessaires à l'assistance médicale à la procréation, les médicaments *princeps* substituables par des génériques. Un grand nombre de dispositions visent donc à encadrer la dépense. Le panier de soins de l'AME est réduit par rapport à celui de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). L'AME ne couvre pas les dépenses allant au-delà du tarif de base de remboursement de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires, les lunettes, les prothèses auditives. Le reste à charge est donc important sur ces postes de dépenses qui sont considérés comme moins essentiels. On ne peut donc pas dire qu'un Français bénéficiant de la CMU-C serait moins bien traité qu'un bénéficiaire de l'AME. Quant à faire entrer l'AME dans le droit commun de la sécurité sociale, possibilité évoquée par deux d'entre vous, mesdames et messieurs les députés, je reste pour ma part attachée à une séparation entre ce qui relève de la solidarité nationale et donc de l'impôt, comme le minimum vieillesse ou l'allocation adulte handicapé, et ce qui relève du risque assurantiel, encore majoritairement payé par nos cotisations. Je ne souhaite donc pas une fusion des dispositifs.

La prévention institutionnelle, c'est celle qui est financée et organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux. En 2017, les montants concernés augmentaient de 4 % par rapport à 2016, pour atteindre 5,9 milliards d'euros. Dans le champ des soins de ville, des soins de l'hôpital, des médicaments et dispositifs médicaux qui relèvent de la prévention, ce qu'on appelle la prévention non institutionnelle représentait 9,1 milliards d'euros en 2016 – ce sont des dépenses de l'assurance maladie. Le total est donc de 15 milliards d'euros. Ces données figurent à l'annexe 7 du PLFSS.

Il existe effectivement non pas un fonds unique de financement de la prévention, mais un grand nombre de supports différents : le FNPEIS, géré par la CNAMTS, le fonds de lutte contre le tabac, les crédits du programme 204, le FIR, la branche des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) gérée par la CNAMTS, mais également les budgets des collectivités territoriales, qu'il est très difficile, pour moi, de « faire remonter », ainsi que des budgets d'autres ministères, que nous essaierons de flécher dans le plan « Priorité prévention ». Nous essayons de consolider progressivement tout ce qui relève de la prévention.

Nous sommes quand même en train de changer de paradigme du point de vue de l'exercice de la médecine. Jusqu'à présent, la prévention était, en gros, l'œuvre des agences, avec de grandes campagnes, tandis que les soins curatifs étaient financés par l'assurance maladie. Les acteurs étaient complètement différents, les professionnels de santé, les personnels soignants étant très peu impliqués dans la prévention. Je souhaite réintégrer complètement la prévention dans le champ des professionnels de santé. Un message de prévention ne peut pas être mieux compris que quand il est délivré par un médecin, par une sage-femme, par un professionnel ; il est alors mille fois mieux entendu. Lorsque je présidais l'Institut national du cancer, j'ai fait des campagnes de prévention sur les dépistages du cancer, de grandes campagnes grand public qui coûtaient des millions d'euros. Ces campagnes n'incitaient à faire une mammographie ou un dépistage du cancer colorectal que dans 20 % à 30 % des cas lorsque le message émanait du ministère de la santé. Lorsque le même message est délivré par un médecin généraliste à son patient, il est entendu dans plus de 80 % des cas. Il faut donc arrêter de s'arc-bouter sur ces budgets institutionnels de la prévention.

Dans le cadre du plan « *Ma santé 2022* », j'ai décidé de diversifier la façon dont nous finançons la médecine et de progresser vers un financement des hôpitaux et de la médecine de ville au forfait – notamment pour la prise en charge des pathologies chroniques. Je veux ainsi intégrer dans cette forfaitisation tous les actes et toutes les missions de prévention, notamment la prévention secondaire et l'activité physique pour les pathologies chroniques. Elles se développeront bien plus si elles sont intégrées d'emblée dans le forfait de prise en charge par des professionnels de santé que si elles restent un message du ministère ou de Santé publique France. J'entends la demande d'un accroissement et d'une meilleure lisibilité des budgets dédiés à la prévention ; d'ailleurs, tous augmentent. Cependant, ma stratégie repose sur le fait que la prévention ne peut plus être séparée du soin et qu'elle sera totalement intégrée dans la façon dont nous allons financer la médecine. C'est un élément important pour appréhender mon action.

Prenons, par exemple, le service sanitaire. Voilà une action de prévention qui ne fait l'objet d'aucun financement d'agence, et pourtant ce sera redoutablement efficace. Nous avons travaillé pendant un an, et un rapport a été fait à la fois par des représentants d'étudiants, des doyens de faculté de médecine et des professionnels de santé sur ce que devait être le service sanitaire. Ce sont 47 000 étudiants de six professions de santé différentes – pharmaciens, sages-femmes, médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes – qui auront l'obligation, au cours de leur cursus, de consacrer trois mois à l'éducation à la santé et à la prévention. Ils suivront alors un programme d'appropriation des outils d'éducation à la santé avec des professionnels de la santé publique. La prévention et l'éducation à la santé seront l'objet d'un enseignement dans le cadre de leur cursus. Ensuite, ils iront dans les territoires. Des accords-cadres entre les recteurs d'académie et les directeurs d'agences régionales de santé sont mis en place pour qu'ils identifient des lieux, notamment dans les collèges, les lycées ou les écoles, pour que ces jeunes, pendant quelques jours ou quelques semaines, fassent avec les classes de l'éducation à la santé. Les

expérimentations menées dans différentes facultés montrent que cette prévention par les pairs, ces messages de prévention délivrés par des jeunes à d'autres jeunes sont incroyablement bien compris et transmis. À l'issue de leur déploiement sur le territoire, ces jeunes étudiants en santé feront un rapport pour que nous puissions améliorer, l'année suivante, les outils, le déploiement dans les lieux de stage, etc. En plus, le déploiement de ces étudiants sera obligatoirement interdisciplinaire – ce ne seront pas des médecins avec des médecins mais des médecins avec des sages-femmes, avec des étudiants en dentaire, etc. Les écoles et les doyens y travaillent, sous l'égide à la fois du ministère de l'enseignement supérieur de la recherche et de l'innovation et de mon ministère. Ce pilotage par les deux ministères est extrêmement attentif, et les doyens et tous les directeurs d'école – d'infirmières, de masseurs kinésithérapeutes... – sont complètement impliqués. Nous verrons évidemment ce qu'il en est au terme de cette première année, qui commence, mais il est prévu que d'autres lieux que les collèges et les lycées puissent être retenus : en entreprise, dans les EHPAD, partout où l'on estime nécessaire de renforcer l'éducation à la santé.

Cela me paraît un outil formidable pour que les jeunes étudiants en santé s'approprient les discours de prévention. C'est en cela que c'est un changement de paradigme profond que je souhaite dans la façon dont on enseigne leur métier aux professionnels de santé. Je pense que ces jeunes garderont ancrés en eux ces messages de prévention dans leur exercice professionnel auprès de leur clientèle, et qu'ils seront évidemment des « ambassadeurs santé » auprès de tous ces publics.

Je vous rassure : les crédits prévention du programme 204 ne diminuent pas. Il peut y avoir, à la marge, des redistributions entre actions d'une année à l'autre. Globalement, les crédits restent stables ou, telle la dotation à l'ANSP, augmentent. Les crédits de ce programme dédié à la prévention passent de 87,8 millions d'euros à 89,1 millions d'euros.

Et, puisque Mme Dubié m'a interrogé sur les crédits dédiés à la démocratie sanitaire, il n'y a pas non plus de baisse des subventions aux associations au titre du programme 204 en 2019. Les moyens de la démocratie sanitaire sont même confortés grâce au Fonds national pour la démocratie sanitaire, au bénéfice de France Assos Santé, qui représente les usagers et les associations de malades.

Je souhaite un changement de paradigme en matière de démocratie sanitaire aussi. Notre vision de la démocratie en santé est purement liée à la représentation, avec des associations qui siègent dans les conseils de surveillance des hôpitaux ou au ministère. Cela ne passe que par les représentants de patients ou d'usagers. Avec le plan « *Ma santé 2022* », nous franchissons un cap, à la suite du Québec, du Canada ou d'autres pays, comme l'Allemagne ou les Pays-Bas. Nous souhaitons que la démocratie sanitaire existe dans le quotidien de la régulation de la médecine. C'est la raison pour laquelle le financement au forfait, au parcours de soins, que nous allons mettre en place comportera des indicateurs

de satisfaction des patients, des indicateurs « d'expérience patient ». Cela existe dans d'autres pays. Pour ma part, je veux une démocratie sanitaire du quotidien qui irrigue en permanence notre exercice de la médecine, qui permette aux professionnels et aux établissements de s'améliorer. Cela va évidemment bien au-delà de la démocratie sanitaire représentative.

M. Hammouche m'a interrogé sur la Dépakine. Notre priorité, c'est évidemment l'indemnisation des victimes. C'est l'urgence. Nous avons décidé d'accélérer autant que faire se peut les indemnisations. Elles commenceront donc dès la fin de l'année avec la détermination des conditions d'imputation de responsabilité, évidemment nécessaires. Le recours contre Sanofi ne peut, en tout état de cause, intervenir que dans un deuxième temps. À ce jour, 1 087 demandes ont été déposées auprès de l'ONIAM. Des crédits d'un montant de 77 millions d'euros sont inscrits au PLF2019. Ils seront suffisants, mais je tiens à rappeler, comme je l'ai fait lors de l'examen du PLFSS, que j'ai demandé à mes services d'être proactifs dans le repérage des femmes enceintes ayant été traitées par la Dépakine afin que nous soyons certains que toutes peuvent bénéficier d'une indemnisation. Nous allons retourner sur la base de données de l'assurance maladie à partir de 2011 pour retrouver les femmes exposées à la Dépakine et contacter leur médecin traitant pour voir si les enfants ont besoin d'un suivi particulier ou si ces femmes et ces familles ont besoin d'une indemnisation en tant que victimes de la Dépakine. Vous le voyez, nous sommes extrêmement vigilants, afin que tout le monde soit pris en compte.

J'en viens aux EHPAD, dont il fut largement question dans le cadre de l'examen du PLFSS. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social progresse de 2,6 %, ce qui tient évidemment compte de l'accélération – par rapport à ce qui était initialement prévu dans le plan de tarification des EHPAD – de la convergence tarifaire. Dès 2019, 125 millions d'euros seront dégagés pour les soins dans les EHPAD, à quoi il faut rajouter tous les postes d'infirmières de nuit, tout ce que nous faisons pour avoir des lits d'hébergement temporaire, pour les sorties d'hospitalisation, et les 30 millions d'euros de crédits votés en faveur de la prévention de la perte d'autonomie dans les EHPAD. Un observatoire national pour la qualité de vie au travail des professionnels de santé a été mis en place au mois de juin dernier, présidé par le professeur Philippe Colombat, et une mission sur la bientraitance a été confiée M. Denis Piveteau, qui doit me rendre un rapport au mois de janvier prochain. Il y a aussi tous ces crédits qui nous serviront à améliorer la qualité des prises en charge en EHPAD au cours de deux prochaines années, et j'ai demandé aux ARS de neutraliser l'effet de la convergence tarifaire pour qu'aucun EHPAD ne voie son budget diminuer. Nous avons ouvert une grande consultation sur la perte d'autonomie et le grand âge. Elle aboutira à un projet de loi à la fin de l'année 2019, qui traitera précisément de toutes ces questions. Le Gouvernement a donc pleinement intégré la nécessité d'une vraie réflexion sociétale dans un champ qui n'a probablement pas bénéficié d'un accompagnement suffisant au cours des dernières années. Je n'évoque pas toutes les mesures que nous prenons en ce qui concerne le changement de mode de tarification pour les soins à domicile – une

mission est en cours au ministère –, d'autant que nous avons déjà abordé tout cela dans le cadre de l'examen du PLFSS. En tout cas, dès 2019, un projet de loi pourra viser à changer les modes de tarification l'accompagnement et surtout notre modèle de société.

Je ne peux, monsieur Perrut, accepter que l'on parle d'attentisme des pouvoirs publics en matière d'oncopédiatrie ! J'ai fait des cancers des enfants l'axe prioritaire du plan « *Cancer 2014-2019* », que j'ai moi-même rédigé. Les montants alloués à la recherche en cancérologie pédiatrique que vous évoquez, souvent évoqués par les associations, correspondent en fait aux chiffres européens. Les 3 % auxquels vous faites référence ne correspondent pas du tout à notre réalité : en France, 10 % des crédits de la recherche sont consacrés aux cancers des enfants !

Aujourd'hui, quatre enfants sur cinq guérissent. La recherche doit améliorer les conditions de vie et de traitement de ces enfants. Nous devons travailler à des déescalades thérapeutiques, à la réduction du risque de séquelles, nous devons améliorer la connaissance des cancers pédiatriques – nous en avons déjà un registre, tenu par l'INSERM, qui prend en compte tous les enfants, de zéro à quinze ans, atteints de cancers, et nous permet de disposer d'informations sur la grossesse des mères, sur les risques environnementaux. Tout cela est assez bien structuré.

Le problème, aujourd'hui, ce sont ces 500 décès, insupportables pour les familles. C'est en fait un sujet international. Quelques-uns sont ceux d'enfants réfractaires aux traitements, ou qui rechutent après les traitements. Nous devons donc travailler sur les mécanismes de résistance aux traitements. Cependant, la majorité font suite à des cancers contre lesquels nous n'avons pratiquement aucune arme thérapeutique et dont le pronostic est effroyable, notamment le gliome infiltrant du tronc cérébral, dont vous parliez, monsieur Perrut. Quoique rares, ces cancers ont beaucoup été étudiés, et nous avons beaucoup de données, notamment génétiques, mais nous pensons que les progrès thérapeutiques proviendront probablement d'autres champs de recherche.

Dans la recherche en général, il y a deux façons d'agir. La première est la recherche ciblée, qui permet, par le travail sur une maladie, d'améliorer les traitements, de mieux comprendre. Et puis il y a de grands bonds liés à la recherche fondamentale. Ainsi, la radiothérapie, communément utilisée pour le traitement des cancers, n'a pas été découverte lors de travaux sur les cancers. Elle est issue de recherches de physique qui n'avaient rien à voir. De même, si nous avons considérablement amélioré notre connaissance du génome humain et accéléré son séquençage dans les années quatre-vingt-dix et deux mille, c'est grâce à une technique, la réaction en chaîne par polymérase – *polymerase chain reaction* (PCR) –, qui n'aurait jamais été découverte si nous avions cherché à améliorer la connaissance du génome en ne travaillant que sur le génome. C'est en travaillant sur une grenouille qui survit au froid et au chaud dans le lac Titicaca, en

Amérique du Sud, que son découvreur, futur lauréat du prix Nobel, a découvert cette technique.

Je comprends les familles qui disent qu'il faut augmenter les budgets de recherche consacrés aux cancers des enfants, mais, comme je l'ai dit lors des questions au Gouvernement, on n'a pas découvert l'électricité en essayant d'améliorer la bougie. Si nous fléchons trop de crédits de recherche vers des cibles très définies, nous nous privons de la possibilité de certains bonds technologiques et découvertes que permet la recherche fondamentale et qui amélioreront considérablement la connaissance et le traitement de la maladie. Je connais vraiment bien le secteur de la recherche, car l'INCa organisait, animait et orientait stratégiquement toute la recherche sur le cancer en France ; la règle, dans le monde entier, c'est que 50 % des crédits au moins doivent être conservés pour une recherche complètement libre, non ciblée.

Prenons un tout autre exemple : l'énergie. Le grand défi, c'est le stockage de l'énergie. Nous savons que nous n'arriverons jamais à passer des piles à des stockages d'énergie macroscopiques en essayant d'améliorer les batteries, nous savons que ces progrès sur le stockage de l'énergie viendront probablement de découvertes de nouveaux matériaux, de nouveaux conducteurs, etc. Il faut donc garder cette philosophie : en ciblant trop l'argent de la recherche, nous perdons la capacité à accompagner des progrès majeurs.

C'est très difficile à faire comprendre mais je tiens à vous l'expliquer. Les familles de ces malades demandent qu'on consacre beaucoup d'argent à ces 500 morts insupportables qui sont un défi international. Je les connais bien. J'en ai accompagné beaucoup à l'INCa, j'ai même obtenu des traitements aux États-Unis pour certaines d'entre elles. Elles savent à quel point je me suis démenée pour obtenir des traitements innovants, pour que toutes les molécules disponibles pour l'adulte puissent être délivrées aux enfants malades dans le cadre de protocoles. Je pense qu'il faut laisser un peu de liberté à l'INCa, aux chercheurs. Il faut une vision stratégique et non une réponse purement émotionnelle. Sinon, nous risquons de passer à côté du sujet, et ce n'est pas de l'attentisme de ma part, monsieur Perrut. Je connais remarquablement le sujet et je me suis battue sur tous les fronts pour améliorer la situation des enfants. Nous avons en France le protocole le plus innovant au monde sur les médicaments innovants en phase I. C'est moi qui l'ai mis en place. Je suis allée voir toutes les *Big Pharma* américaines, j'ai pris mon bâton de pèlerin pour obtenir des molécules pour les enfants, alors que, par crainte d'accidents, ils ne voulaient pas qu'elles soient utilisées pour des enfants. Je les ai obtenues pour les patients français et, maintenant, ce protocole se déploie dans toute l'Europe.

Je suis prête à examiner ce qui peut manquer dans l'accompagnement des familles, en termes d'annonces de diagnostic, d'allocations, etc., mais attention en matière de recherche, même si je comprends que les familles ne comprennent pas cette prudence que je viens de vous expliquer.

Merci, mesdames et messieurs les députés. (*Applaudissements.*)

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Merci beaucoup, madame la ministre. Merci également à Mme la rapporteure pour avis, pour ce rapport tout à fait inédit et très complet.

II. EXAMEN DES CRÉDITS

Puis la commission examine, pour avis, les crédits pour 2018 de la mission « santé » (Mme Hélène Vainqueur-Christophe, rapporteure pour avis).

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Nous en venons à l'examen des amendements portant sur la mission « Santé ».

Article 39 et État B : *Crédits du budget général.*

La commission examine l'amendement II-AS40 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet amendement rejoint la discussion que j'ai eue avec Mme la ministre. Si les préventions secondaire et tertiaire peuvent être mêlées aux soins, il faut trouver des financements pour la prévention primaire et notamment l'éducation à la santé. En mars dernier, le Gouvernement avait présenté un programme de son plan de prévention, « *Rester en bonne santé tout au long de sa vie* », pour lequel il prévoyait un financement supplémentaire de l'ordre de 30 millions d'euros que l'on ne retrouve pas dans ce PLF ni dans le PLFSS. Le but de cet amendement est de prévoir 10 millions d'euros pour la prévention et l'éducation à la santé.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe, rapporteure pour avis. Sur le fond, je souscris totalement à cet amendement : la prévention est essentielle et tous les moyens que nous lui accorderons sont autant d'économies que nous réaliserons dans les soins. En revanche, je suis réservée sur le choix que vous faites de ponctionner l'aide médicale de l'Etat (AME) pour financer cette mesure. J'émet donc un avis de sagesse.

M. Jean-Louis Touraine. Nous sommes, bien sûr, tous favorables à l'idée de développer un programme de prévention primaire et d'éducation à la santé. Cependant, il n'est guère possible de financer ce programme par un prélèvement sur l'AME dont le budget s'élève à 893 millions d'euros. S'il est supérieur de 53 millions d'euros au budget prévu, il correspond néanmoins aux besoins actuels. Comme l'a expliqué la ministre, nous serons obligés de faire ces dépenses qui passent par les hôpitaux. S'il manque 10 millions d'euros pour l'AME, le déficit se creusera du même montant pour les hôpitaux qui seront obligés d'engager ces dépenses. Il faudra trouver d'autres sources de financement pour la prévention.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je comprends vos réserves mais, comme l'a indiqué la ministre, il manque déjà 20 millions d'euros pour 2018. Quoi qu'il arrive, des sources de financement vont être trouvées sans ponctionner les hôpitaux. Si on peut trouver 20 millions d'euros, on peut en trouver 30. L'idée de cet amendement est de poser un acte fort car on a trop tendance à parler de prévention sans prévoir les moyens de la financer. En définitive, cela reste des mots.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption des crédits de la mission « Santé ».

Après l'article 71

La commission est saisie de l'amendement II-AS44 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Cet amendement vise à promouvoir la prévention dont on parle beaucoup mais dont les financements restent très dispersés et difficiles à appréhender. Dans leur rapport d'information relatif à la prévention santé en faveur de la jeunesse, Cyrille Isaac-Sibille et Ericka Bareigts dressaient ce même constat.

Cet amendement propose de clarifier le système de financements dédiés à la prévention pour qu'il puisse être largement appréhendé et partagé. Cet outil, dit orange, permettra de construire une vision consolidée et exhaustive des dépenses dédiées à la prévention. Il permettra aussi de présenter des grandes orientations stratégiques de l'État, de mettre en avant les différents moyens affectés et leur répartition par programme budgétaire. La création d'un tel document de politique transversale a été recommandée par la Cour des comptes en 2011 puis en 2017. Nos collègues Cyrille Isaac-Sibille et Ericka Bareigts ont repris cette recommandation dans leur rapport.

Comme la ministre, je pense que la prévention doit être intégrée aux soins et délivrée par des professionnels qui possèdent une expertise en la matière. La prévention ne doit cependant pas être l'apanage de ces seuls professionnels ; elle doit être l'affaire de tous. À cet égard, l'outil proposé permettrait de faire un travail réflexif. Il permettrait aussi de répondre à un autre objectif : donner une information claire au Parlement et aux citoyens sur la politique de prévention en santé.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe, rapporteure pour avis. J'émet un avis favorable à cette position pertinente qui tend à clarifier et à rendre plus lisible et transparente une politique de prévention dont les mesures relèvent de différents ministères – santé, sport, éducation nationale ou justice, par exemple.

M. Jean-Louis Touraine. Je suis favorable à la proposition de Mme Tamarelle-Verhaeghe, ce qui me permet d'approuver indirectement M. Isaac-Sibille que j'étais frustré de pas pouvoir satisfaire tout à l'heure. Nous sommes tous d'accord sur l'objectif de prévention mais il était difficile de trouver la solution dans l'AME.

Cet amendement propose d'utiliser le dispositif orange afin de clarifier et de mettre en cohérence les différents financements un peu éparpillés qui concourent à la prévention. C'était recommandé par la Cour des comptes et par

M. Isaac-Sibille auquel on peut donner satisfaction. En vertu de l'adage selon lequel tout ce qui se mesure s'améliore, cet outil aura comme effet secondaire de faire progresser les budgets dédiés à la prévention : on pourra mesurer leur vraie ampleur, année après année, ce qui sera une incitation à les développer. Cela peut être le début d'une forme de sanctuarisation de ces budgets, notamment de ceux qui sont éparpillés ici ou là, dans d'autres ministères que celui de la santé, qui servent parfois de variable d'ajustement et finissent par être détournés de leur objet initial.

Nous pouvons donc raisonnablement adopter cette mesure qui va dans le bon sens, même si elle n'est qu'un pas supplémentaire vers la prévention. Il faudra en faire d'autres pour parvenir à un financement à la hauteur des besoins.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Madame la présidente, madame la rapporteure, monsieur Jean-Louis Touraine, madame Tamarelle-Verhaeghe, je n'aurai qu'un mot : merci ! Nous posons les bases d'une véritable politique de prévention. Jusqu'à présent, on ne savait pas très bien où on en était. Pour parler de prévention, il faut savoir quelles sommes on met en face. Ce moment est important : s'il est adopté, cet amendement constitue vraiment la première pierre d'une vraie politique de prévention, notamment en matière de promotion de la santé et d'éducation à la santé.

La commission adopte l'amendement à l'unanimité.

CONTRIBUTION AU RAPPORT DU GROUPE MODEM

Madame la Rapporteuse Hélène Vainqueur-Christophe s'est attachée à choisir comme thème central de son avis budgétaire sur la mission santé du PLF 2019 la question de la prévention en santé dans les outre-mer. La situation sanitaire ultra-marine est alarmante : espérance de vie inférieure en comparaison de la métropole ; surmortalité prématurée ; taux de mortalité infantile élevés, forte prévalence de l'obésité et des morbidités associées etc.

Dans son ensemble, aussi bien dans les territoires ultra marins que sur l'hexagone, la situation est préoccupante et témoigne des lacunes de notre politique de prévention et d'éducation à la santé : différence de 13 années de vie entre les plus aisés et les plus défavorisés ; taux de mortalité prématurée évitable parmi les plus élevés d'Europe ; comportements à risques plus présents chez les enfants d'ouvriers que ceux de cadres etc.

En finançant un système de santé presque exclusivement fondé sur le soin – héritage historique des ordonnances de 1945 fondant notre système de solidarité nationale – la France a renforcé les inégalités face à la santé, inégalités qui trouvent essentiellement leurs racines dans les différences d'accès aux actions de prévention. Les facteurs de risque individuels mais surtout collectifs ou environnementaux sont en effet autant de déterminants majeurs qui pèsent sur la santé des plus défavorisés. Et si leurs effets sont tardifs et s'observent principalement dans la deuxième partie de la vie, ces déterminants interviennent très tôt dès la grossesse et l'enfance et peuvent être contrés s'ils sont appréhendés dès le plus jeune âge.

Dès la présentation stratégique de la mission, il est précisé que le Gouvernement « mène une politique globale de santé dont les objectifs sont de développer la politique de prévention », et plus particulièrement, le programme 204 intitulé « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » vise « à améliorer l'état de santé général de la population dans un souci de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ». La présentation stratégique de la mission rappelle également que « la prévention et l'éducation en santé sont au cœur des politiques du programme 204 ». Or, les indicateurs de performance retenus pour l'objectif 1 du programme 204 « Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé » ne concernent que trois domaines très restreints qui peuvent paraître éloignés de la prévention primaire et de l'éducation à la santé :

- Le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 ans à 74 ans
- La prévalence du tabagisme quotidien en population de 15 ans à 75 ans
- Le taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus.

Comme le rappelle le rapport d'information « Bâtir une politique de prévention santé en faveur de la jeunesse : comment réconcilier Hygiène et Panacée » des co-rapporteurs Ericka Bareigts et Cyrille Isaac-Sibille, une politique de prévention efficace est une politique qui s'attaque aux inégalités de destin dont fait partie intégrante la santé, dès le plus jeune âge. Plus les actions en faveur de la prévention sont mises en œuvre précocement, plus elles

sont efficaces. Un article ¹ publié en mars 2017 souligne que, pour un euro investi dans une intervention préventive, ce sont 14 euros en moyenne qui sont économisés par notre système social et sanitaire. Or, sur les trois indicateurs de performance retenus, seulement un seul est à destination d'un public adolescent et aucun ne concerne la petite enfance.

Par ailleurs, comme le souligne le rapport de Madame la Députée Hélène Vainqueur-Christophe, les crédits alloués à la prévention à travers le programme 204 sont en baisse en comparaison de l'année dernière alors que la prévention nécessite un effort financier pérenne et continu. Il sera difficile de conduire une politique de santé publique sur le long terme si une politique de prévention ambitieuse n'est pas mise en œuvre dès à présent.

Enfin, si la question de la prévention est bien prise en compte dans la mission « santé » à travers le programme 204, elle ne l'est que de manière partielle, car diluée avec les questions de « sécurité sanitaire et d'accès aux soins ».

Face à ce triple constat (indicateurs non ciblés sur la jeunesse ; financement en baisse et thématique prévention diluée), la mission « santé » du projet de loi de financement gagnerait à être enrichie d'un programme exclusivement consacré à la prévention primaire et à l'éducation en santé avec des financements dédiés.

A titre d'exemple, ce programme pourrait être composé d'une action visant à favoriser le déploiement sur le territoire, par un financement pérenne, du « Parcours Educatif de Santé » (PES), outil pour lutter contre les deux inégalités de destin qui demeurent : l'éducation et la santé. Car si cette initiative a le mérite d'exister, ses financements sont éparés.

La prévention en santé ne doit plus être le parent pauvre de notre politique de santé. Des actions de prévention et d'éducation à la santé, notamment à destination des plus jeunes, mises en œuvre le plus précocement possible, sont l'une des clés pour résoudre la difficile équation qui menace l'équilibre de notre système de santé : vieillissement de la population et augmentation exponentielle des maladies chroniques. Si jusqu'à présent le curatif a pris le dessus sur le préventif, l'heure est désormais venue de réconcilier Hygiène et Panacée.

Le Groupe Modem soutiendra les crédits de la mission « Santé » du PLF pour 2019 tout en s'attachant à promouvoir la nécessité d'un fléchage budgétaire de la politique de prévention.

¹ *Return on investment of public health interventions : a systematic review, par Rebecca Masters, Elspeth Anwar, Brendan Collins, Richard Cookson, Simon Capewell, Journal of epidemiology and community health, mars 2017*

ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE

- **AIDES** (*) – **M. Marc Dixneuf**, directeur général, et **M. Enzo Poultreniez**, responsable du plaidoyer
- **Visioconférence avec la Guadeloupe :**
 - **ARS – Mme Valérie Denux**, directrice générale, et **Dr Florelle Bradamantis**, directrice du Pôle santé publique
 - **IREPS – Dr Roberte Hamousin**, présidente, et **Mme Mathilde Carrara**, directrice
- **Conseil national du Sida (CNS) – Pr Patrick Yeni**, président du Conseil national du sida, **M. Michel Celse**, conseiller-expert, et **M. Laurent Geffroy**, conseiller-expert
- **Visioconférence avec la Réunion et Mayotte :**
 - **ARS La Réunion – M. Gilles Vignon**, directeur général, et **Mme Roselyne Coppens**, en charge de la prévention
 - **IREPS – M. Cédric Pedre**, directeur
 - **ARS Mayotte – M. Xavier Montserrat**, directeur général adjoint
- **Ministère des Outre-mer – Mme Gaëlle Nerbard**, conseillère chargée des affaires sociales, de la santé, de l'emploi et de la jeunesse, **Mme Michaela Rusnac**, chef du bureau de la cohésion sociale, de la santé, de l'enseignement et de la culture à la sous-direction chargée des politiques publiques, **M. Rajko Stokic**, chargé de mission santé à la sous-direction chargée des politiques publiques
- **Institut national du cancer (INCa) – M. Norbert Ifrah**, président, et **M. Thierry Breton**, directeur général
- **Table ronde :**
 - **Ministère des Solidarités et de la Santé - Direction générale de la santé (DGOS) – Mme Martine Laborde-Chiocchia**, sous-directrice de la stratégie et des ressources, **M. Robert Touret**, chef du bureau International, Europe et Outre-mers
 - **Ministère des Solidarités et de la Santé – Direction générale de la santé (DGS) – Mme Véronique Deffrasnes**, cheffe de service des politiques d'appui au pilotage et de soutien, **M. François Klein**, chef de la Mission des Outre-mer, **Mme Véronique Suisse**, cheffe du bureau budget à la DG, et **Mme Sylvie Dreyfuss**, adjointe à la cheffe du bureau Alimentation-Nutrition

- **Visioconférence avec l'ARS Guyane – M. Jacques Cartiaux**, directeur général, **Mme Solène Wiedner-Papin**, directrice de la Santé publique, **Mme Shirley Coupra**, responsable de la prévention et de la promotion santé, et **Dr François Lacapere**, en charge de la périnatalité, la santé sexuelle reproductive, le VIH Sida et la vaccination

- **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) – M. Nicolas Prisse**, président, **Mme Valérie Saintoyant**, déléguée MILDECA, et **M. Vincent Rouault**, chargé de mission territorial

- **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS) – Mme Danièle Jourdain-Menninger**, présidente de la Commission Santé, **Mme Laurie Fradin**, conseillère technique santé/ESMS, et **Mme Clémentine Bret**, référente Outremer de Médecins du Monde

- **Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) ^(*) – M. Bernard Basset**, vice-président, **Mme Nelly David**, directrice générale

- **Visio avec la Martinique :**
 - **ARS Martinique – Mme Marie-Françoise Emonide**, directrice de la santé publique

 - **IREPS Martinique – Mme Karine Pierre-Louis**, directrice, **Mme Josette Beauvieux**, **Mme Vanessa Cortaux** et le **Dr Vincent Robin**

^(*) *Ce représentant d'intérêts a procédé à son inscription sur le répertoire de la Haute Autorité de transparence pour la vie publique s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale*