



N° 2568

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 12 octobre 2005

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU PLAN SUR LE
PROJET DE **loi de finances pour 2006** (n° 2540),

PAR M. GILLES CARREZ,
Rapporteur Général,
Député.

ANNEXE N° 29

SANTÉ

Rapporteur spécial : M. GERARD BAPT

Député

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER : LA MISSION « SANTE »	9
I.– LE BUDGET DE LA MISSION « SANTE » EN 2006	9
II.– LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI ORGANIQUE RELATIVE AUX LOIS DE FINANCES : UNE MISSION TRONQUEE, SANS PERSONNEL	11
A.– UNE MISSION SANS DÉPENSES DE PERSONNEL.....	11
B.– L'ARCHITECTURE DES BUDGETS OPERATIONELS DE PROGRAMME.....	13
III.– L'EXECUTION DES CREDITS DU BUDGET DE LA SANTE	13
A.– L'EXECUTION BUDGETAIRE EN 2004 : UN ACCROISSEMENT INQUIETANT DE LA DETTE DU MINISTERE	13
B.– L'EXECUTION BUDGETAIRE EN 2005 : LE POIDS DE LA REGULATION BUDGETAIRE SUR LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE	15
IV.– UN BROUILLAGE DES PERIMETRES ENTRE L'ÉTAT ET L'ASSURANCE MALADIE	16
CHAPITRE II : LE PROGRAMME « SANTE PUBLIQUE ET PREVENTION »	19
I.– L'ACTION « PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE »	21
A.– LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE	21
1.– Le financement du pilotage de la politique de santé publique	21
2.– Le retard préoccupant de la mise en œuvre de la loi relative à la politique de santé publique	22
3.– Les faiblesses du pilotage de la politique de santé publique.....	24
B.– UNE DIMINUTION DES MOYENS CONSACRES AUX PLUS DEMUNIS.....	26
1.– Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS)	26
2.– Un financement éclaté.....	26
3.– Un désengagement de l'État du financement des soins des plus défavorisés.....	27
C.– L'INSTITUT NATIONAL DE LA PREVENTION ET DE L'EDUCATION EN SANTE.....	29

II.– L’ACTION « DETERMINANTS DE SANTE »	31
A.– LA LUTTE CONTRE L’ALCOOLISME : UNE POLITIQUE DE PREVENTION REMISE EN CAUSE	32
B.– LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME.....	35
C.– DES DOTATIONS LIMITEES POUR LES AUTRES POLITIQUES SUR LES DETERMINANTS DE SANTE	36
1.– Le plan national de lutte pour limiter l’impact sur la santé de la violence	36
2.– Le Plan nutrition santé.....	37
3.– Les actions de prévention des risques sanitaires environnementaux dans le cadre du Plan national santé environnement.....	38
III.– L’ACTION « PATHOLOGIES A FORTE MORTALITE »	39
A.– LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN CANCER.....	40
1.– L’Institut national du cancer	42
2.– Le financement des cancéropôles	45
3.– L’évaluation de la politique de lutte contre le cancer	47
B.– LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	49
1.– Le financement de la lutte contre le SIDA	49
2.– La lutte contre les hépatites B et C	51
3.– Un dépistage trop faible et une hausse des comportements à risques	52
C.– LE FINANCEMENT DES AUTRES PLAN DE SANTE PUBLIQUE : UN SAUPOUDRAGE DES CREDITS	54
1.– Les autres maladies infectieuses.....	54
2.– Les maladies cardio-vasculaires.....	54
3.– Le plan national stratégique maladies rares	55
4.– Les autres pathologies non infectieuses	55
5.– La santé mentale	55
6.– La santé bucco-dentaire	56
IV.– L’ACTION « QUALITE DE VIE ET HANDICAP »	56
1.– La santé périnatale et les problèmes liés à la reproduction et au développement	57
2.– La santé de l’enfant et les troubles de l’apprentissage	58
3.– Les maladies chroniques	58
4.– La maladie d’Alzheimer et les maladies apparentées.....	59
5.– La douleur et les soins palliatifs.....	59
CHAPITRE III.– LE PROGRAMME « OFFRE DE SOINS ET QUALITE DU SYSTEME DE SOINS »	61

I.– L’ACTION « NIVEAU ET QUALITE DE L’OFFRE DE SOINS »	61
A.– LES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT	61
1.– L’organisation des concours de la fonction publique hospitalière	61
2.– Les études et l’achat des prestations	62
B.– LA FORMATION INITIALE DES INTERNES ET L’ANNEE RECHERCHE	63
1.– La formation médicale initiale des internes.....	63
2.– Le déficit du financement de l’année-recherche se creuse	65
C.– LA HAUTE AUTORITE EN SANTE	66
II.– L’ACTION « ACCESSIBILITE DE L’OFFRE DE SOINS »	67
A.– UNE SIMPLE RECONDUCTION DES MOYENS ALORS QUE LA TELEMEDECINE DOIT ENCORE SE DEVELOPPER.....	67
B.– LE SOUTIEN AU DEVELOPPEMENT DES RESEAUX DE SANTE.....	68
III.– L’ACTION « SOUTIEN »	68
A.– L’AGENCE TECHNIQUE DE L’INFORMATION SUR L’HOSPITALISATION	69
B.– LE GROUPEMENT D’INTERET PUBLIC « CARTE PROFESSIONNELLE DE SANTE ».....	71
C.– LES AGENCES REGIONALES DE L’HOSPITALISATION	72
1.– Le budget des agences régionales de l’hospitalisation.....	72
2.– Le retard dans l’expérimentation des agences régionales de santé	73
CHAPITRE IV : LE PROGRAMME « DROGUE ET TOXICOMANIE »	75
A.– LA MILDT VOIT SON ACTION COMPROMISE PAR LA REGULATION BUDGETAIRE	76
1.– L’action de la MILDT	76
2.– Des crédits instables	77
B.– LE FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE EN 2006	78
1.– L’action « Coordination interministérielle des volets préventifs, sanitaires et répressifs ».....	78
2.– L’action « Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d’application de la loi »	80
3.– L’action « Coopération internationale »	80
EXAMEN EN COMMISSION	81

L’article 49 de la loi organique du 1^{er} août 2001 fixe comme date butoir, pour le retour des réponses aux questionnaires budgétaires, le 10 octobre. Votre Rapporteur spécial avait cependant demandé que les réponses lui parviennent dès le 16 septembre 2005. À cette date, **aucune réponse ne lui était parvenue**. À la date butoir, **le taux de réponse n’était que de 7 %**. **La faiblesse de ce taux est particulièrement inacceptable l’année de mise en œuvre de la LOLF.**

INTRODUCTION

En 2006, le budget de la mission « Santé » devrait représenter 409,21 millions d'euros d'autorisations d'engagement, soit une progression de 15,98 % par rapport à 2005, et 399,33 millions d'euros de crédits de paiement, soit une hausse de 10,06 % par rapport à 2005.

À périmètre constant, l'évolution du budget de la mission « Santé » est de 12,24 % pour les autorisations d'engagement et de 6,61 % pour les crédits de paiement. Cette hausse tient essentiellement à la montée en puissance du Plan Cancer qui bénéficie de 26 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de 23,37 millions d'euros de crédits de paiement supplémentaires. **Les moyens de la mission « Santé », hors plan Cancer et à périmètre constant, connaissent une quasi-stagnation puisque les autorisations d'engagement progressent de 6,39 % et les crédits de paiement augmentent de 0,46 %.**

Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances, la mission se décompose en trois programmes :

– *le programme « Santé publique et prévention »*, qui devrait être doté de 271,07 millions d'euros d'autorisations d'engagement, soit une hausse de 28,81 % par rapport à 2005, et 259,62 millions d'euros de crédits de paiement, soit une hausse de 23,37 % par rapport à 2005 ;

– *le programme « Offre de soins et qualité du système de soins »*, qui devrait bénéficier de 100,81 millions d'euros d'autorisations d'engagement, soit une baisse de 3,41 % par rapport à 2005 et de 102,38 millions d'euros de crédits de paiement, soit une baisse de 10,48 % par rapport à 2005 ;

– *et le programme « Drogues et toxicomanie »* qui devrait être doté de 37,33 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement, soit une baisse de 1,85 % par rapport à 2005.

S'agissant de la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances, votre Rapporteur regrette que la mission « Santé » ne comprenne aucune dépense de personnel, puisque celles-ci sont inscrites sur le programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » de la mission « Solidarité et intégration ». Par ailleurs, la justification au premier euro du projet annuel de performance mériterait d'être améliorée : les actions financées dans le cadre de certains plans de santé publique ne sont parfois pas précisées et des informations manquent sur certains opérateurs ou organismes agissant dans le cadre de la mission (notamment la Haute autorité en santé et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation).

Par ailleurs, il constate les faiblesses du pilotage de la politique de santé publique, la plupart des instances de la gouvernance prévues par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique n'ayant toujours pas été mises en place.

Il tient à souligner que les moyens consacrés aux déterminants de santé et aux pathologies à forte mortalité connaissent, hors budget du Plan cancer, une stabilité regrettable, compte tenu des enjeux en cause (plan maladies rares, plan Alzheimer, lutte contre le Sida et les hépatites). Plus fondamentalement la faiblesse des crédits consacrés aux différents plans de santé publique aboutit à un saupoudrage des crédits et à une prise en charge de la plupart des plans gouvernementaux par l'assurance maladie.

CHAPITRE PREMIER : LA MISSION « SANTE »

I.- LE BUDGET DE LA MISSION « SANTE » EN 2006

En 2006, le budget de la mission « Santé » devrait représenter 409,21 millions d'euros d'autorisations d'engagement – soit une progression de 15,98 % par rapport à 2005 – et 399,33 millions d'euros de crédits de paiement, soit une hausse de 10,06 % par rapport à 2005.

Plusieurs mesures ont modifié le périmètre du budget de la santé entre 2005 et 2006 :

– en vertu de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, un certain nombre d'*actions sanitaires exercées par les départements seront recentralisées au niveau national*, à compter du 1^{er} janvier 2006. À titre conservatoire et dans l'attente d'une connaissance exhaustive du choix des départements et des montants financiers en cause, 41,6 millions d'euros ont été inscrits sur le programme « Santé publique et prévention » ;

– le financement des *centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)*, soit 14,9 millions d'euros en 2006, a été transféré à l'Assurance-maladie ;

– les crédits des *injonctions thérapeutiques*, qui s'élèvent à 0,67 million d'euros, ont été transférés sur le programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales »

– la *décentralisation de la formation paramédicale* entraîne un transfert de 12,78 millions d'euros ;

– 4,5 millions d'euros d'autorisations d'engagement et 100.000 euros de crédits de paiement ont été transférés vers la mission « Politique des territoires » pour financer une action du programme « Intervention territoriale de l'État » ;

– le financement des *investissements en faveur des services de santé outre-mer* est, en partie, transféré sur le budget de la mission « Outre-mer » ;

– ont été intégrés dans le budget de la mission « Santé », les crédits de la *mission interministérielle pour la lutte contre le cancer (MILCA)*, soit une dotation de 2 millions d'euros, et le financement des *épreuves classantes de l'Éducation nationale*, soit 1 million d'euros.

À périmètre constant, le budget de la mission « santé » progresse donc de 12,24 % pour les autorisations d'engagement et de 6,61 % pour les crédits de paiement. Cette hausse s'explique essentiellement par la montée en puissance du Plan Cancer qui bénéficie de 26 millions d'euros d'autorisations d'engagement

et de 23,37 millions d'euros de crédits de paiement supplémentaires. **Les moyens de la mission « Santé », hors plan Cancer, connaissent une quasi-stagnation puisque les autorisations d'engagement progressent de 6,39 % et les crédits de paiement n'augmentent que de 0,46 %.**

Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances, la mission se décompose en trois programmes :

– *le programme « Santé publique et prévention »*, qui devrait être doté de 271,07 millions d'euros d'autorisations d'engagement, soit une hausse de 28,81 % par rapport à 2005, et 259,62 millions d'euros de crédits de paiement, soit une hausse de 23,37 % par rapport à 2005 ;

– *le programme « Offre de soins et qualité du système de soins »*, qui devrait bénéficier de 100,81 millions d'euros d'autorisations d'engagement, soit une baisse de 3,41 % par rapport à 2005 et de 102,38 millions d'euros de crédits de paiement, soit une baisse de 10,48 % par rapport à 2005 ;

– *et le programme « Drogues et toxicomanie »*, qui devrait être doté de 37,33 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement, soit une baisse de 1,85 % par rapport à 2005.

BUDGET DE LA MISSION « SANTE »

(en millions d'euros)

	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	LFI 2005	PLF 2006	2005/2006 (en %)	LFI 2005	PLF 2006	2005/2006 (en %)
Santé publique et prévention	210,44	271,07	28,81	210,44	259,62	23,37
Pilotage de la politique de santé publique	23,29	29,01	24,55	23,29	28,38	21,87
Déterminants de santé	36,97	36,10	- 2,34	36,97	34,74	- 6,03
Pathologies à forte morbidité	146,30	199,65	36,47	146,30	190,37	30,13
Qualité de vie et handicaps	3,88	6,31	62,78	3,88	6,12	57,91
Offre de soins et qualité du système de soins	104,37	100,81	- 3,41	114,37	102,38	- 10,48
Niveau et qualité de l'offre de soins	80,98	70,11	- 13,43	80,98	70,11	- 13,43
Accessibilité de l'offre de soins	1,29	1,22	- 5,80	1,29	1,22	- 5,80
Soutien	22,09	29,48	33,45	32,09	31,05	- 3,23
Drogues et toxicomanie	38,03	37,33	- 1,85	38,03	37,33	- 1,85
Coordination interministérielle des volets préventifs, sanitaires et répressifs	30,80	30,63	- 0,55	30,80	30,63	- 0,55
Expérimentation nouveaux dispositifs : partenariats, prévention, prise en charge et application de la loi	6,03	5,5	- 8,86	6,03	5,50	- 8,86
Coopération internationale	1,20	1,20	0	1,20	1,20	0
Total	352,84	409,21	15,98	362,84	399,33	10,06

Source : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

II.- LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI ORGANIQUE RELATIVE AUX LOIS DE FINANCES : UNE MISSION TRONQUEE, SANS PERSONNEL

A.- UNE MISSION SANS DÉPENSES DE PERSONNEL

La mission « Solidarité et intégration » concentre l'ensemble des crédits de personnel intervenant dans le champ sanitaire et social dans le programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales ». Les trois programmes de la mission « Santé » se trouvent ainsi privés de dépenses de personnel.

Dans l'architecture initiale de la mission « Santé », était prévu un programme « Conception et gestion des politiques de santé ». Ces crédits ont finalement été transférés dans le programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » conduisant ainsi à la constitution d'un programme « Soutien » commun à plusieurs missions, ce qui est **totale­ment contraire à l'article 7 de la loi organique et constitue un contournement grossier de la réforme.**

L'argument avancé par le Gouvernement pour justifier cette situation reposait sur la difficulté de répartir précisément les personnels qui exercent différentes activités dans le secteur sanitaire et social, notamment dans les services déconcentrés.

Cet argument paraît aujourd'hui encore moins recevable puisque le projet annuel de performance de la mission « Solidarité et intégration » précise, au sein du programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » le nombre d'équivalents temps plein travaillé affectés aux trois programmes et le montant de crédits de personnel des sous-actions correspondant à la gestion de ces trois programmes.

À cet égard, la mission d'information sur la mise en œuvre de la loi organique, constituée de nos collègues Michel Bouvard, Didier Migaud, Charles de Courson et Jean-Pierre Brard, a adopté dans son rapport d'étape de juillet 2003 ⁽¹⁾, une position très claire : « *La Mission [d'information] reste attachée à une construction de programmes "à coût complet", même si celle-ci passe par une réorganisation des responsabilités administratives, voire des modifications de structures. La loi organique privilégie en effet une logique de responsabilisation qui suppose que chaque gestionnaire, pour pouvoir atteindre ses résultats, maîtrise l'ensemble des moyens prévus pour mener la politique dont il a la charge.* » Le rapport d'étape cite la Cour des comptes qui développe sur ce point la même analyse : « *la constitution de vastes programmes ministériels transversaux, qui priverait les autres programmes de certains de leurs moyens, doit [...] être proscrite.* » ⁽²⁾

(1) La réforme du budget de l'État : des conditions pour réussir. *Rapport d'information n° 1021, p. 14.*

(2) *Cour des comptes, Rapport sur l'exécution des lois de finances pour l'année 2002, p. 128.*

Par conséquent, afin de donner au responsable de programme la maîtrise de ses coûts de fonctionnement, il conviendrait de transférer les crédits correspondants depuis le programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » de la mission « Solidarité et intégration » vers les trois programmes de la mission « Santé » ou de les réaffecter dans un programme « Conception et gestion des politiques de santé » qui serait alors créé. Votre Rapporteur a donc déposé un amendement supprimant les crédits des sous-actions « gestion du programme "santé publique et prévention" », « gestion du programme "offre de soins et qualité du système de soins" » et « gestion du programme "drogue et toxicomanie" » – soit 174.307.072 euros au total – afin de susciter l'indispensable transfert vers la mission « Santé » des 3.109 équivalents temps pleins travaillés œuvrant pour cette mission.

Soulignons que la mission ne comprend pas non plus de dépenses d'investissement, l'ensemble des investissements dans le secteur hospitalier ayant été transféré sur le budget de l'assurance-maladie, lors des dernières années. **Le budget de la mission est donc essentiellement constitué de dépenses d'interventions** : elles représentent 73 % des autorisations d'engagement et 72,4 % des crédits de paiement.

BUDGET DE LA MISSION SANTE PAR TITRE

(en millions d'euros)

	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	LFI 2005	PLF 2006	Évolution (%)	LFI 2005	PLF 2006	Évolution (%)
Santé publique et prévention	210,44	271,07	28,81	210,44	259,62	23,37
Dépenses de fonctionnement	57,58	71,57	24,30	57,58	71,41	24,02
Dépenses d'investissement	55,89	–	–	55,88	–	-
Dépenses d'intervention	152,80	199,50	30,56	152,80	188,21	23,17
Offre de soins et qualité du système de soins	104,37	100,81	- 3,41	114,37	102,38	- 10,48
Dépenses de fonctionnement	23,99	26,83	11,84	23,99	26,83	11,84
Dépenses d'intervention	80,37	73,98	- 7,95	90,37	75,55	- 16,40
Drogue et toxicomanie	38,03	37,33	- 1,84	38,03	37,33	- 1,84
Dépenses de fonctionnement	12,80	12,13	- 5,23	12,80	12,13	- 5,23
Dépenses d'interventions	25,23	25,20	- 0,12	25,23	25,20	- 0,12
Total	352,84	409,21	15,98	362,84	399,33	10,06

Source : projet annuel de performance

B.– L'ARCHITECTURE DES BUDGETS OPERATIONELS DE PROGRAMME

L'architecture des budgets opérationnels de programme (BOP) est la suivante :

– le programme « Santé publique et prévention » comportera un BOP central, la Direction générale de la Santé, et des BOP régionaux, dans chacune des 22 régions métropolitaines, des 4 départements et des 2 collectivités territoriales d'Outre-mer ;

– le programme « Offre de soins et qualité du système de soins » comprendra un BOP central : la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins ;

– et le programme « Drogue et toxicomanie » comprendra un BOP central : la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

III.– L'EXECUTION DES CREDITS DU BUDGET DE LA SANTE

A.– L'EXECUTION BUDGETAIRE EN 2004 : UN ACCROISSEMENT INQUIETANT DE LA DETTE DU MINISTERE

En 2004, les crédits inscrits en loi de finances initiale sur le budget de la Santé, de la famille, des personnes handicapées et de la solidarité s'élevaient à 11,18 milliards d'euros. Suite aux différents mouvements de crédits intervenus en cours d'exercice, la dotation disponible s'est élevée à 12,249 milliards d'euros.

Les reports de 2003 sur l'exercice 2004 ont représenté 448 millions d'euros, dont un report anticipé de 175,4 millions d'euros ouvert sur le chapitre 34-98 et correspondant au rattachement tardif du fonds de concours « Participation de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés à l'achat, au stockage et à la livraison de traitements pour les pathologies résultant d'acte de terrorisme ». L'ensemble de ces reports a fait l'objet d'un gel dès la publication des arrêtés de reports, à l'exception des reports correspondant au rattachement tardif du fonds de concours en raison de la spécificité de ces crédits (Plan Biotox).

Une réserve de crédit de 73,52 millions d'euros, dont 1,3 million d'euros de dépenses en capital, a été constituée dès le mois de janvier, ce gel ayant également porté sur près du quart des autorisations de programme, soit 12,98 millions d'euros. Compte tenu d'un contexte économique plus favorable, cette réserve a pu être constituée à un niveau en retrait par rapport à l'exercice 2003 qui avait vu la mise en réserve de 258,45 millions d'euros.

En cours d'année, l'intégralité des crédits reportés sur l'exercice ont pu être libérés. Cet apport de crédits supplémentaire a conduit, en juin et en septembre, à la publication de deux décrets portant **annulations de crédits** à

hauteur de **35,4 millions d'euros**. Compte tenu de ces annulations, le montant des gels de crédit a été réduit à 59,4 millions d'euros. Un second décret d'annulation a entraîné une nouvelle baisse du niveau des crédits gelés de 19,5 millions d'euros, le portant à 39,9 millions d'euros. Le reste des crédits a connu en fin d'année un dégel, à l'exception de 2,2 millions d'euros sur le budget de la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie. Au total, en fin d'exercice, **le montant des annulations de crédits s'est élevé à 43,4 millions d'euros**.

La loi de finances rectificative pour 2004 a procédé à de nombreuses **ouvertures de crédit** pour un montant total de 571,58 millions d'euros dont :

– 4,5 millions d'euros sur le chapitre 34-98, destinés au financement des campagnes de communication ;

– 8 millions d'euros sur le chapitre 37-91, pour couvrir l'insuffisance des crédits des frais de justice ;

– 5 millions d'euros sur le chapitre 42-01, au titre de la subvention GIP « Esther » ;

– 5,43 millions d'euros sur le chapitre 46-22, destinés au remboursement aux organismes de sécurité sociale des dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse ;

– 60 millions d'euros sur le chapitre 46-32 d'abondement au titre du projet de loi portant reconnaissance de la nation et contribution nationale en faveur des Français rapatriés ;

– 101,364 millions d'euros sur le chapitre 46-35 pour ajuster la dotation aux besoins au titre de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ;

– 46 millions d'euros sur le chapitre 43-36 au titre du remboursement au Fonds de solidarité vieillesse de la prime de 70 euros versée aux bénéficiaires du minimum vieillesse ;

– 18 millions d'euros au titre du chapitre 46-81 pour l'ajustement aux besoins au titre des centres d'hébergement et de réinsertion sociale et de l'aide alimentaire ;

– 40 millions d'euros pour couvrir l'insuffisance au titre des dépenses relatives à la Couverture maladie universelle (CMU) ;

– et 283 millions d'euros sur le chapitre 46-84 pour le versement aux bénéficiaires du RMI d'une « prime de Noël ».

Des difficultés sont apparues en fin de gestion pour assurer le versement des rémunérations principales. Le chapitre 31-41 a dû être abondé de 4,41 millions d'euros par deux décrets de virement, le premier d'un montant de 3,5 millions d'euros le 7 décembre et le second d'un montant de 0,91 million d'euros le 10 décembre, ces décrets portant principalement annulation de crédits sur les chapitres 31-42 – Rémunérations accessoires (0,48 million d'euros), 31-96 – Autres rémunérations (3,43 millions d'euros) et 39-01 – Programme santé publique-prévention (0,5 million d'euros).

L'exercice 2004 s'est clos sur un niveau de dette très supérieur à celui constaté en 2003.

Un apurement partiel de la dette à l'égard des tiers a pu être opéré au cours de l'exercice 2004, notamment grâce à la loi de finances rectificative. Pour l'essentiel, les ouvertures obtenues dans la loi de finances rectificative ont permis de couvrir les besoins concernant les dépenses de l'allocation adulte handicapé (101,3 millions d'euros), les dépenses d'aides sociales (46 millions d'euros), les dépenses au titre des CHRS et l'aide alimentaire (18 millions d'euros) et, enfin, l'ajustement de la subvention d'équilibre au fonds CMU-C (40 millions d'euros).

En revanche, aucune ouverture de crédit n'est intervenue pour financer les besoins liés au versement de l'allocation de parent isolé (171 millions d'euros), au financement des tutelles et des curatelles (30 millions d'euros) et du fonds spécial d'invalidité (125 millions d'euros). La dette concernant l'aide médicale d'État peut être estimée à 394 millions d'euros à la fin de l'exercice 2004.

Au total, fin 2004, la dette est évaluée à 720 millions d'euros, en progression de plus de 60 % par rapport à 2003.

B.— L'EXECUTION BUDGETAIRE EN 2005 : LE POIDS DE LA REGULATION BUDGETAIRE SUR LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE

En 2005, les crédits inscrits en loi de finances initiale ont représenté 11,19 milliards d'euros pour le budget de la Santé, de la famille, des personnes handicapées et de la solidarité. Compte tenu des différents mouvements de crédits intervenus, la dotation disponible s'est élevée à 11,929 milliards d'euros.

Les reports de 2004 sur l'exercice 2005 ont représenté 471,9 millions d'euros, soit 4,22 % de la dotation votée en loi de finances initiale. Votre Rapporteur spécial regrette ce pourcentage élevé et rappelle que les reports sont strictement encadrés, par l'article 15 de la loi organique relative aux lois de finances, à un niveau de 3 % par programme.

S'agissant des crédits relatifs au budget de la santé, l'exercice 2005 a surtout été marqué par un niveau élevé de gels et d'annulation de crédits.

Ainsi, si les crédits destinés au plan cancer ont été sanctuarisés, force est de constater que les **annulations ont été importantes, en particulier pour le programme « Santé publique et prévention », avec 22,1 millions d'euros d'annulations, soit 10,57 % du total, et pour la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), avec 3,57 millions d'euros d'annulation, soit 9,39 % du total.** Ces annulations ont été opérées par deux décrets, l'un n° 2005-402 du 29 avril 2005 et l'autre du 3 novembre 2005, portant annulation de crédits.

Ces annulations ne peuvent que peser lourdement sur la mise en œuvre de la politique de santé publique.

L'exécution concernant les principaux chapitres budgétaires est la suivante :

**EXECUTION BUDGETAIRE EN 2005
(SITUATION AU 3 NOVEMBRE 2005)**

(en millions d'euros)

Chap.	Objet du chapitre	LFI 2005	Gel de crédits	Annulations	crédits annulés (en %)
36-81	Établissements nationaux à caractère sanitaire et social	25,14	0,72	1,5	5,97 %
37-05	Haute autorité de santé	9,65	–	0,8	8,29 %
39-01	Programme "santé publique-prévention"	209,01	23,77	20,1	9,62 %
39-02	veille et sécurité sanitaire	116,12	15,2	4,35	3,75 %
43-32	Professions médicales et paramédicales, Formation, recyclage et bourses	69,24	4,5	–	–
46-82	CMU et aide médicale	894,06	0,27	–	–
47-16	Action interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie	38,03	5,7	3,57	9,39 %
47-19	Organisation du système de soins	46,54	2,97	2,37	5,09 %
57-93	équipement adm. sanitaires et sociaux	19,8	10,98	4,39	22,17 %
66-11	Subventions d'équipement sanitaire	10,19	6,1	6,1	59,86 %

Source : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

IV.– UN BROUILLAGE DES PERIMETRES ENTRE L'ÉTAT ET L'ASSURANCE MALADIE

Votre Rapporteur spécial regrette que le projet de loi de finances pour 2006 et le projet de loi de financement de la Sécurité sociale soient à nouveau l'occasion d'un brouillage des périmètres entre l'État et l'assurance maladie par le transfert à celle-ci d'un certain nombre de dépenses qui devraient relever de l'État.

Peuvent être ainsi cités : le transfert du financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) et le financement de la préparation des plans de réponses aux menaces sanitaires graves à hauteur de 175 millions d'euros, dont 146 millions d'euros seront utilisés pour l'application du plan gouvernemental de protection contre un risque de pandémie de grippe d'origine aviaire. En outre, l'article 35 du projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit le transfert des dépenses d'indemnisation des personnes contaminées par le VIH par voie transfusionnelle du budget de la santé vers l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), pris en charge par l'assurance maladie.

Ces transferts marquent le désengagement de l'État du financement de certaines politiques de santé publique au détriment de l'assurance maladie.

En outre, la plupart des plans de santé publique annoncés par le Gouvernement sont quasiment intégralement financés par l'assurance maladie.

Ainsi, a été annoncé pour le financement du plan périnatalité, un budget de 270 millions d'euros, dont 160 millions d'euros en 2005. En 2005, la dotation de l'État relative au plan périnatalité a représenté 1,81 million d'euros. Elle devrait s'élever à 1,65 million d'euro en 2006.

De même, le plan « maladies rares » doit mobiliser 100 millions d'euros sur 4 ans, dont 80 millions d'euros sont censés être pris en charge par le budget de la santé. Ce plan a bénéficié d'une dotation de 728.944 euros en 2005 et celle-ci devrait être de 690.000 euros en 2006. **Ces financements sont très loin des objectifs annoncés d'un budget de 20 millions d'euros par an !**

Votre Rapporteur a adressé un courrier en janvier 2005 au cabinet du ministre de la Santé, afin de connaître le budget exact de ces plans et la répartition du financement entre l'État et l'assurance maladie. Aucune réponse n'a été donnée. La même question a été inscrite dans le questionnaire budgétaire : seule les dotations de l'État ont été indiquées.

Votre Rapporteur regrette ce manque de transparence qui accroît, par conséquent, le brouillage des périmètres entre l'assurance maladie et l'État. Ce manque d'information apparaît, de surcroît, totalement contraire à la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances qui poursuit l'objectif d'améliorer l'information du Parlement. Il constate aussi que cette prise en charge croissante par l'assurance maladie de dépenses décidées par l'État aboutit *de facto* à une étatisation de l'assurance maladie.

CHAPITRE II : LE PROGRAMME « SANTE PUBLIQUE ET PREVENTION »

Le programme « Santé publique et prévention » a pour finalité de concevoir et de piloter la politique de santé publique, de promouvoir l'éducation pour la santé et les actions de prévention, d'améliorer la qualité de vie des personnes malades et de réduire les inégalités de santé. Ce programme comprend principalement la mise en œuvre des plans de santé publique. Néanmoins, ces plans sont financés souvent de façon prédominante par l'Assurance-maladie, notamment par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS), mais aussi par les budgets hospitaliers.

Ce programme devrait être doté, en 2006, de **271,07 millions d'euros d'autorisations d'engagement, soit une hausse de 28,8 % par rapport à 2005, et de 259,62 millions d'euros de crédits de paiement, soit une hausse de 23,4 % par rapport à 2005.**

Cette hausse est essentiellement due à la mise en œuvre du plan Cancer et à la recentralisation de certaines compétences en matière sanitaire.

En effet, l'article 71 de la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales a ouvert la possibilité de transférer au niveau national des compétences en matière sanitaire auparavant exercées par les départements (vaccination, lutte contre la tuberculose et la lèpre et infections sexuellement transmissibles).

À titre conservatoire et dans l'attente d'une connaissance exhaustive du choix des départements et des montants financiers en jeu, **41,6 millions d'euros sont inscrits à ce titre sur ce programme.** Cette somme correspond à 50 % du droit à compensation établi en 1983 lors de la décentralisation de ces mêmes compétences et actualisé en valeur 2005. Ce montant couvre pour partie des crédits de rémunération des personnels pour le pilotage de ces politiques et des crédits de fonctionnement courant qui auront vocation à rejoindre le programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » de la mission « Solidarité et intégration », lorsque les besoins en personnels seront précisément déterminés. La répartition est la suivante : 19,6 millions d'euros au titre de la lutte contre la tuberculose, 14 millions d'euros au titre de la politique de lutte contre le cancer, 14,1 millions d'euros au titre de la vaccination et 5,7 millions d'euros pour les actions menées en matière d'infections sexuellement transmissibles.

Au sein du programme « Conduite et pilotage des politiques sanitaires et sociales », le programme « Santé publique et prévention » bénéficie de **1.020 équivalents temps plein travaillé, soit 58,62 millions d'euros.**

REPARTITION DES CREDITS DU PROGRAMME « SANTE PUBLIQUE ET PREVENTION »

(en millions d'euros)

	LFI 2005 ⁽¹⁾	PLF 2006	
		AE ⁽²⁾	CP ⁽²⁾
Action « pilotage de la politique de santé publique »	21,89	29,01	28,38
Actions de soutien et de partenariats pour relayer la politique de santé publique	3,82	2,10	2,06
Structures associées au pilotage de la politique de santé publique	8,45	12,11	12,11
Obs., programmation, suivi et évaluation des programmes	0	1,57	1,50
Politique des produits de santé	0	0,31	0,3
Autres actions dont santé précarité	9,62	12,91	12,41
Action « déterminants de santé »	27,36	36,10	34,74
Alcool	2,99	4,69	4,52
Tabac	1,72	4,20	4,13
Traumatismes par accidents et violences	3,69	3,83	3,65
Autres pratiques à risques	13,29	15,06	14,39
Nutrition et activité physique	3,63	5,51	5,33
Environnement dont travail	2,04	2,81	2,71
Action « Pathologies à forte mortalité »	134,5	199,65	190,37
VIH / Sida	51,15	43,26	41,45
Hépatites	3,18	3,47	3,31
Autres maladies infectieuses	0,23	45,74	41,42
Cancer ⁽³⁾	73,16	99,16	96,53
Maladies cardiovasculaires	0,291	0,21	0,20
Maladies rares	0,73	0,85	0,82
Autres pathologies non infectieuses	0,34	0,27	0,25
Santé mentale et suicide	5,24	6,50	6,21
Santé bucco-dentaire	0,186	0,19	0,18
Action « Qualité de vie et handicaps »	3,85	6,31	6,12
Santé périnatale et problèmes liés à la reproduction et au développement	1,65	3,17	3,09
Santé de l'enfant et troubles de l'apprentissage	0,25	0,26	0,25
Diabète et maladies endocriniennes	0,48	0,32	0,31
Maladies rénales et maladies du sang (hors cancer)	0,07	0,09	0,09
Maladies musculo-squelettiques	0,04	0,07	0,06
Autres maladies chroniques dont maladies aérorespiratoires	0,5	0,67	0,64
Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées	0,31	0,73	0,70
Maladies liées au vieillissement	0,52	0,20	0,19
Douleurs et soins palliatifs	0,02	0,79	0,78
INPES	22,83	0	0
TOTAL	210,44	271,07	259,62

(1) Les crédits de l'INPES ne sont pas intégrés dans les différents plans de santé publique

(2) Sont intégrés les crédits de l'opérateur INPES et les crédits de recentralisation des actions de santé répartis

(3) dont Inca dont les crédits s'élèvent à 32,23 millions d'euros

Source : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

I.— L'ACTION « PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE »

L'action « Pilotage de la politique de santé publique » comprend toutes les fonctions d'état-major de la santé publique, c'est-à-dire la conception des lois et des règlements, la détermination des objectifs de santé publique, la programmation en santé et l'évaluation des politiques de santé.

Cette action devrait être dotée de **29,01 millions d'euros d'autorisations d'engagement**, soit une hausse de 24,5 % par rapport à 2005, et de **28,38 millions d'euros de crédits de paiement en 2006**, soit une hausse de 21,9 % par rapport à 2005.

Cette hausse s'explique essentiellement par l'augmentation des crédits consacrés à l'Institut National de la Prévention et de l'Éducation en Santé (INPES) au sein de cette action, soit une dotation de 6,15 millions d'euros en 2006, afin de renforcer des actions territoriales. L'écart provient également d'une amélioration de la présentation des actions et sous-actions des crédits de l'INPES prévue par la mise en place d'une comptabilité analytique au sein de l'établissement.

Le reste de l'écart, soit 1,87 million d'euros, résulte des ajustements opérés, à l'été 2005, lors de la construction du projet de loi de finances, entre les actions financées par les services centraux et celles financées par les services déconcentrés, afin de renforcer le pilotage de la politique de santé publique (PRSP, CRS, GRSP) au niveau régional.

A.— LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE

1.— Le financement du pilotage de la politique de santé publique

L'action « politique de santé » finance le fonctionnement des différents dispositifs prévus par la loi relative à la politique de santé publique : le Haut conseil de santé publique, le Comité national de santé publique, la Conférence nationale de la santé, les Conférences régionales de santé, la préparation des plans régionaux de santé publique (PRSP), le fonctionnement des Groupements régionaux de santé publique et le dispositif d'agrément des associations.

Une dotation de 2,10 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de 2,06 millions d'euros de crédits de paiement est prévue en 2006, soit une baisse de 46 % par rapport à 2005. Cette baisse semble paradoxale à votre Rapporteur, compte tenu de la mise en place probable de ces dispositifs en 2006. Il relève cependant que l'absence de précisions sur la répartition de ces crédits ne permet pas de comprendre la raison de cette baisse des crédits

Sont également financées les actions portant sur l'observation et l'analyse des évolutions de l'état de santé de la population ainsi que la programmation des actions de santé publique, le suivi de ces actions et leur évaluation. En 2006, une base de données de suivi des plans régionaux de santé publique devrait être créée

ainsi qu'un « tableau de bord » de suivi des indicateurs de santé publique associés aux 100 objectifs inscrits dans le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique. **Ces actions de suivi et d'évaluation devraient être dotées de 1,57 million d'euros d'autorisations d'engagement et de 1,5 million de crédits de paiement en 2006.** Ces crédits servent également au développement d'études portant sur les conditions réelles d'utilisation des produits de santé après leur commercialisation : 0,31 million d'euros d'autorisations d'engagement et 0,3 million d'euros de crédits de paiement sont prévus en 2006.

Le projet de loi de finances prévoit une dotation de 12,11 millions d'euros tant en autorisations d'engagement qu'en crédits de paiement pour les structures associées au pilotage de la politique de santé publique qui sont :

– les organismes nationaux œuvrant dans le domaine de la santé publique : l'union internationale de promotion et d'éducation pour la santé ou la Société française de santé publique, ou bien encore des associations d'épidémiologistes (ADELF et EPITER) ;

– le Collectif inter-associatif sanitaire et social (CISS) pour que des actions soient menées aux niveaux national et régional, destinées à informer sur les droits des malades, participer à l'information des usagers sur le système de santé, participer au débat public, participer à la formation des représentants des usagers dans les instances de santé publique ;

– et les observatoires régionaux de santé, et leur fédération nationale, les comités régionaux d'éducation pour la santé et les comités départementaux d'éducation pour la santé.

Sont également financées, à ce titre, des actions de recherche en santé publique, notamment en partenariat avec l'INSERM.

Enfin, le budget de pilotage de la santé publique comprend une enveloppe de **1,425 million d'euros, destinée au paiement d'éventuelles indemnisations** (frais de justice). Cette enveloppe a été transférée à ce programme dans le cadre du projet de loi de finances.

2.– Le retard préoccupant de la mise en œuvre de la loi relative à la politique de santé publique

Votre Rapporteur trouve préoccupant le retard pris dans la mise en œuvre de la loi relative à la politique de santé publique. À ce jour, le nouveau dispositif de pilotage de la politique de santé publique, prévu par la loi du 9 août 2004, n'est toujours pas mis en place.

Plus généralement c'est l'ensemble de la production normative – que ce soit l'application de la législation nationale ou la transposition de directives européennes – qui présente un retard très regrettable dans le domaine de la santé. Ce constat est d'ailleurs unanimement partagé.

En effet, dans un rapport sur la mise en application de la loi n°2004-806 relative à la politique de santé publique, le Président de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, M. Jean-Michel Dubernard, s'est inquiété du retard très marqué de la mise en application cette loi. Ainsi, en mars 2005, il constate que sur les 158 articles que compte la loi, seuls 71, soit près de 45 % d'entre eux étaient encore applicables. Or, en dehors de quelques articles dont l'entrée en vigueur est prévue à une date ultérieure, la très grande majorité des 87 articles en cause est inapplicable faute de textes réglementaires d'application.

La Cour des comptes estime qu'au début du mois de septembre 2004, pour les seuls textes dont la direction générale de la santé est chef de file et qui ne sont pas destinés à transposer des directives européennes, l'encours de décrets à produire représentait au moins quatre années de travail. Elle constate ainsi que la rédaction de huit décrets était encore en cours au titre de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé ; pour sept autres décrets, elle n'avait pas encore débuté.

Ainsi, la Cour des comptes souligne que les délais excessifs de production de textes : *« fragilisent le cadre juridique de la politique de santé publique et de l'action des acteurs du système de santé. Des instances et dispositifs en principe supprimés sont, de fait, toujours en vigueur, ceux qui devaient les remplacer n'ayant pas encore été mis en place. Ainsi, la loi du 4 mars 2002 avait substitué au Haut comité de santé publique un Haut conseil de la santé, mais celui-ci n'a pas été mis en place, le projet de loi relative à la politique de santé publique ayant prévu de le remplacer par un Haut conseil de la santé publique dont les missions, l'organisation et les modalités de désignation des membres sont différentes. La loi n'ayant été adoptée que le 9 août 2004, compte tenu des délais d'élaboration des textes d'application, cinq années se seront écoulées entre la décision de remplacer le premier conseil et la mise en place de celui qui devrait lui succéder. »*

Votre Rapporteur constate que ces retards sont d'autant plus préoccupants que, comme le montre le rapport de suivi de la loi relative à la politique de santé publique de la direction générale de la santé, la mise en place des instances de pilotage de la politique de santé publique se fait encore attendre. Ainsi, le Haut conseil de la Santé publique, qui doit remplacer le Haut comité de la santé publique et le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, ne devrait être installé qu'au premier semestre 2006. C'est aussi le cas de la Conférence nationale de Santé. Le Comité national de Santé publique ne devrait être installé qu'en fin d'année, tout comme les conférences régionales de santé.

Les groupements régionaux de santé publique ne sont pas encore opérationnels et la plupart des régions n'ont rédigé que la première version de leur plan régional de santé publique. **Le dispositif de pilotage ne devrait entrer en vigueur qu'en 2006, ce qui rend d'autant plus paradoxal la baisse des dotations affectées à ces instances de 46 % dans le projet de loi de finances pour 2006.**

Le projet annuel de performance propose comme objectif de « *rédiger et publier dans les meilleurs délais les textes d'application des lois et de transposition de directives européennes* ». On peut regretter que l'évaluation du pilotage de la santé publique par le ministère de la santé ne se fasse qu'au travers d'un indicateur d'activité administrative. Cependant compte tenu du retard particulier du ministère de la santé en matière de production normative, cet objectif semble pertinent. L'indicateur retenu repose sur le nombre de textes d'application publiés rapporté au nombre total de textes à publier. Le résultat est de 16 % en 2005, et devrait être de 30 % en 2006.

Cet indicateur est intéressant mais très peu précis. Il donne la mesure d'un vaste stock de textes à adopter et ne traduit absolument pas l'état d'avancement de l'application de chacun des derniers textes législatifs. Par ailleurs, l'indicateur pourrait, au moins, indiquer le pourcentage de textes d'application publiés pour les dernières lois majeures : la loi relative à la politique de santé publique, la loi relative à la bioéthique, et la loi relative à l'assurance maladie. **Des sous-indicateurs montrant la mise en œuvre des principales lois sont indispensables.** En outre, votre Rapporteur regrette que contrairement aux propositions de la mission d'information sur la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances ⁽¹⁾ sur l'évaluation de la performance, l'indicateur ne distingue pas les textes pris en application de dispositions législatives et les textes de transposition de directives européennes.

3.– Les faiblesses du pilotage de la politique de santé publique

Le ministère de la santé ne parvient pas aujourd'hui à jouer le rôle central qu'il devrait avoir en matière de santé publique et de prévention. Les causes en sont multiples : ambiguïté des relations entre l'État et l'assurance-maladie en matière de pilotage de la santé publique, multiplicité des intervenants (ministères, assurance-maladie, agences de sécurité sanitaire), importance insuffisante de la prévention.

Témoin de ces lacunes, la canicule de l'été 2003 a montré les failles du système de suivi de la santé de la population et du système d'alerte sanitaire. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a permis plusieurs avancées en renforçant notamment les compétences de l'InVS et en prévoyant la mise en place d'un système électronique de transmission des certificats de décès.

Le projet annuel de performance pose comme objectif « *d'améliorer la connaissance de l'état de santé de la population en réduisant les délais de traitement par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) des certificats de décès.* » **Votre Rapporteur constate que des progrès doivent encore être réalisés car l'indicateur de performance indique un délai moyen de transmission des certificats de décès de 90 jours et un délai**

(1) Rapport d'information n°2161 sur la mise en œuvre de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, M. Charles de Courson, M. Didier Migaud, M. Jean-Pierre Brard, M. Michel Bouvard.

de traitement et d'analyse de 3 ans. En 2006, sont visés un délai de transmission de 75 jours et un délai de transmission de 2 ans et demi. Seule la mise en place d'un système rapide de transmission des certificats de décès permettra à l'État de mieux connaître les causes de mortalité et de faire face, dans des délais raisonnables, à des crises sanitaires.

La Cour des comptes, dans son rapport public pour 2004 a traité de l'évolution du rôle de la direction générale de la santé, pour contrôler l'adéquation de son action avec les missions qui lui sont confiées par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

La Cour souligne ainsi qu'au sein de l'État, le ministère de la santé n'est pas l'acteur unique, ni même l'acteur prépondérant de la politique de santé. Il ne dispose pas de tous les moyens pour assurer la coordination interministérielle qui est une condition majeure de la conduite des politiques de santé publique. C'est notamment le cas dans le domaine des risques sanitaires liés aux milieux. En outre, la Cour constate que les missions entre la DGS et la DHOS se recouvrent partiellement et dans certains domaines, les deux directions ont le même niveau de responsabilité. La prise en charge de nombreuses dépenses de prévention par l'assurance-maladie (au travers, notamment du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire) ne s'est pas accompagnée d'une affirmation suffisante du rôle de l'État, notamment de la DGS dans l'orientation de leur emploi.

La Cour souligne par ailleurs les lacunes de la tutelle de la DGS sur les agences de sécurité sanitaire et l'absence de hiérarchisation des priorités dans les directives données aux services déconcentrés.

Le recours à des sources d'expertise externes à la direction a fait progresser l'évaluation des risques sanitaires mais il s'avère encore insuffisant : les relations avec les agences sont parfois difficiles, l'objet des demandes d'expertise n'est pas toujours suffisamment explicité et les moyens ne sont pas toujours accordés. L'attribution de subventions aux associations fait, par ailleurs, l'objet d'une évaluation et d'un contrôle insuffisant. La DGS a bénéficié entre 2000 et 2002 d'une priorité en matière d'emplois attribués mais une partie des emplois a connu ou continue de connaître une vacance prolongée et la rotation des agents est encore rapide.

La Cour conclut que les tâches de gestion ont conservé un caractère prépondérant. La programmation devrait constituer le vecteur principal de la conception et de la mise en œuvre de la politique de santé publique. Or, la DGS a surtout joué un rôle d'exécutant des « plans », « programmes » ou « stratégies » décidés en dehors d'elle, la plupart n'ont au demeurant ni dispositif d'évaluation ni, pour certains, de comité de pilotage national.

Pour donner à la politique de santé publique l'ampleur voulue par le législateur, la Cour considère qu'il faut à la fois une révision du cadre

institutionnel dans lequel agit la DGS au sein du ministère de la santé et au niveau interministériel, un renforcement des moyens et des méthodes destinés à prévenir et à traiter les crises sanitaires, un allègement des tâches de gestion par transfert à d'autres directions et aux agences sanitaires et la mise en œuvre de programmations rigoureuses destinées à donner une traduction à ses objectifs.

B.– UNE DIMINUTION DES MOYENS CONSACRES AUX PLUS DEMUNIS

1.– Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS)

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) ont été mis en place en 2000 afin de développer, au sein de chaque région, une approche globale des problèmes de santé des publics en difficulté. Ces programmes sont le plus souvent mis en œuvre par le réseau associatif.

Dans un rapport intitulé « synthèse des bilans de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions » (mai 2004), l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) classe les PRAPS dans les dispositifs dont le bilan est jugé globalement positif, même s'ils appellent des améliorations qualitatives. Les PRAPS constituent un « *dispositif légitime et apte à motiver une réelle dynamique de transversalité* ». Si ces programmes restent largement perfectibles, « *tous les acteurs s'accordent à souligner leur rôle dans le décroisement entre santé et social, entre les divers services de l'État concernés, entre les services déconcentrés de l'État et les collectivités territoriales, avec le monde associatif, pour l'amélioration des pratiques à l'égard des publics en situation de précarité ou d'exclusion* ». C'est pourquoi, ces programmes ont été renforcés par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 et sont désormais obligatoires au sein des plans régionaux de santé publique.

La deuxième génération des PRAPS est ainsi en cours de mise en œuvre par les DRASS, DDASS et leurs partenaires.

2.– Un financement éclaté

À partir de 2004, dans un contexte marqué par l'adoption de nouvelles règles budgétaires (globalisation des crédits) les services ont été invités à diversifier le financement des actions en direction des plus démunis notamment dans le cadre de plans de santé publique nationaux (VIH/SIDA en direction des migrants et des étrangers, plan de mobilisation nationale pour le cancer, plan national santé environnement, etc.).

La Directive nationale d'orientation (DNO) de 2005 précisait notamment que les actions de santé en faveur des populations les plus démunies pouvaient se décliner selon deux modalités :

– l’insertion de dispositions en faveur des populations les plus en difficulté lors de l’élaboration de chaque programme de santé ;

– et le maintien de dispositifs spécifiques lorsque les particularités des populations l’exigent ; les moyens étant alors mobilisés dans une sous-action « autres actions dont santé précarité ».

Votre Rapporteur constate, par conséquent, que le financement des actions en faveur des plus démunis est éclaté, et qu’il est de plus en plus difficile de connaître les moyens financiers qui leur sont consacrés. Cependant, l’existence des PRAPS est justifiée par l’individualisation de moyens propres destinés à favoriser l’accès à la santé pour les plus démunis. Or, ces moyens spécifiques connaissent une baisse constante depuis 2003 et leur dissémination au sein des différents plans de santé publique comporte un risque de voir ces crédits destinés aux plus défavorisés remis en cause.

Ainsi, le projet de loi de finances prévoit une dotation de **10 millions d’euros en 2006, soit une baisse de 135,6 % depuis 2003**. Le tableau suivant retrace la chute des crédits consacrés à ces programmes depuis 2001 :

FINANCEMENT DES PROGRAMMES REGIONAUX D’ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS DES PLUS DEMUNIS

(en millions d’euros)

2001	2002	2003	2004	2005	2006
16,82	35,97	23,56	14	11,9	10

Source : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

3.– Un désengagement de l’État du financement des soins des plus défavorisés

a) Le désengagement de l’État dans le financement de la couverture maladie complémentaire

Le projet de loi de finances pour 2006, dans son article 89, et le projet de loi de financement de la sécurité sociale, dans son article 36, poursuivent le désengagement de l’État dans le financement de la couverture maladie complémentaire.

En effet, le projet de loi de finances propose un alignement du forfait logement pris en compte dans la base de ressource de la CMU-C sur celui appliqué pour le RMI (soit 1 euro supplémentaire pour une personne seule et 20 euros supplémentaires pour une famille de trois personnes). Le Gouvernement indique que cette mesure représente une économie de 21 millions d’euros.

Il ne s’agit pas d’une « rectification d’une incohérence technique » comme l’affirme, de façon erronée l’exposé des motifs de l’article 89, mais bien d’une mesure d’économie de 21 millions d’euros qui devrait conduire à

exclure 60.000 personnes du bénéfice de la couverture maladie complémentaire.

En outre, le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit une augmentation du taux de la taxe due par les organismes complémentaires au profit du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (fonds CMU-C). Cette hausse permet un nouveau désengagement de l'État du financement de la couverture maladie complémentaire.

Ainsi, la dotation de l'État est passée de 970 millions d'euros en 2003 à 946,56 millions d'euros en 2004, et 660,58 millions d'euros en 2005. Elle devrait être de 323,53 millions d'euros en 2006, **soit une baisse de 66,6 % en 4 ans**, comme le montre le tableau suivant :

FINANCEMENT PAR L'ÉTAT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE
(en millions d'euros)

2003	2004	2005	2006
970	946,56	660,58	323,53

C'est pourquoi votre Rapporteur a déposé un amendement visant à restaurer la dotation de la couverture maladie complémentaire à son niveau de 2005, soit 337,04 millions d'euros supplémentaires.

b) Des moyens financiers insuffisants pour l'aide médicale d'État

Par ailleurs, l'aide médicale d'État devrait être dotée en 2006 de 233,48 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement soit un montant stable depuis 2003, alors même que ces dotations étaient manifestement insuffisantes et ont dû être complétées dans les lois de finances rectificatives.

Le maintien de cette dotation à un niveau très en deçà des besoins illustre la volonté du Gouvernement de restreindre l'accès à l'aide médicale d'État. Cette volonté se traduit également par deux récents décrets qui restreignent cet accès. Il s'agit du décret n° 2005-859 du 28 juillet 2005 relatif à l'aide médicale de l'État et modifiant le décret n° 54-883 du 2 septembre 1954 modifié pris pour l'application de l'ensemble des dispositions du décret du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance et du décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'État.

Ainsi, après la loi de finances rectificative pour 2003 qui a introduit une condition de présence ininterrompue de trois mois en France, ces deux décrets posent des conditions supplémentaires. Il faut que le demandeur de l'aide justifie, à l'aide de papiers difficiles à obtenir, voire onéreux, de sa présence ininterrompue pendant trois mois sur le territoire, de toutes ses ressources, auxquelles il est prévu d'ajouter les avantages en nature que représente le logement à titre gratuit – ce qui

revient à surévaluer les ressources du demandeur. Il est aussi prévu de faire assumer les prestations, normalement prises en charge par l'AME, par les personnes tenues à l'obligation alimentaire à l'égard du demandeur. Plusieurs associations, dont Médecins du Monde se sont élevées contre ces mesures prises subrepticement au cours de l'été.

Ce désengagement de l'État dans le financement de l'accès aux soins des plus démunis est d'autant plus critiquable pour votre Rapporteur que des études récentes rappellent le lien existant entre précarité et dégradation de la santé.

Ainsi, une étude de l'Institut de veille sanitaire, parue dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire du 2 novembre 2005, démontre des relations statistiquement significatives entre la précarité et la plupart des indicateurs de santé. Ainsi, d'après la comparaison de deux échantillons de 704.128 personnes en état de précarité et 516.607 personnes non précaires, le défaut d'accès aux soins et le mauvais état dentaire sont relevés pour l'ensemble de la population précaire, avec en plus, pour les femmes, un risque d'obésité (18,8 % chez les Rmistes contre 9,7 % chez les femmes non précaires). Le tabagisme est également plus prononcé chez les personnes en difficulté : chez les hommes, il concerne 66,67 % des jeunes de 16-25 ans en insertion professionnelle, plus de 50 % des chômeurs, 58,58 % de ceux touchant le RMI et 60,82 % des CES. Par comparaison, parmi les hommes non précaires, la proportion des fumeurs est de 36,89 %.

Votre Rapporteur rappelle que la politique de santé publique a pour finalité de garantir un égal accès de tous à la santé et à la prévention. Le désengagement financier actuel de l'État dans l'aide à l'accès aux soins des personnes défavorisées remet en cause profondément cet objectif.

C.- L'INSTITUT NATIONAL DE LA PREVENTION ET DE L'EDUCATION EN SANTE

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) est un établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Il a pour mission de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement.

En 2004, le budget de l'Institut s'est élevé à 95,98 millions d'euros et ses effectifs ont représenté 118,5 équivalents temps plein.

S'agissant de la section de fonctionnement, le taux d'exécution des dépenses de fonctionnement est en forte progression par rapport aux années antérieures, en s'établissant à 91,08 %, contre 79 % en 2003 et 66 % en 2002. L'élévation du taux d'exécution ne représente cependant pas l'intégralité de l'accroissement de l'activité, certaines dépenses ayant été mises en œuvre en fin

d'exercice et leur exécution n'ayant pu être conclue avant la fin de l'année 2004. Les dépenses d'investissement sont essentiellement des dépenses d'achats de matériel informatique, de logiciels et de mobilier. Le fonds de roulement constaté à la clôture de l'exercice 2004 s'élevait à 30,8 millions d'euros.

En 2005, le budget de l'INPES atteint 100,4 millions d'euros comme le montre le tableau suivant :

BUDGET DE L'INPES

(en millions d'euros)

Recettes		Dépenses	
Subvention de l'État	22,83	Personnel	8,48
Contribution de sécurité sociale	53,2	Fonctionnement	86,99
Autres ressources	0,7	Investissement	0,51
Prélèvement sur le fonds de roulement	23,67		
Total	100,4	Total	100,4

Source : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Les effectifs de l'Institut représentent en 2005, comme en 2004, **118,5 équivalents temps plein** qui se répartissent de la manière suivante :

REPARTITION DES EFFECTIFS DE L'INPES

Emplois sous convention collective UCANSS	Effectifs	Contrats de droit public	Effectifs
Agents de direction	6	cat. A+	12
Médecins	3	cat. A	11
Cadres	55	cat. B	2
Employés	29,5	cat. C	0
Total des emplois UCANSS	93,5	Total des emplois de droit public	25
Total des emplois budgétaires			118,5

Source : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Les actions significatives de l'INPES durant les six premiers mois de l'année 2005 ont été les suivantes : une campagne presse sur les dangers d'une consommation régulière d'alcool par les femmes pendant la grossesse, une campagne télévisée sur les dangers du tabagisme passif complétée par une campagne d'affichage de proximité, une campagne télévisée et radiodiffusée de prévention sur les effets du cannabis, complétée par une campagne d'affichage une campagne de prévention des noyades, une campagne télévisée et dans la presse sur la prévention du VIH, ainsi qu'un appel à projets pour le financement d'actions d'intérêt national ou régional, l'organisation des premières journées de la prévention, la production de nouveaux outils pédagogiques sur le thème de l'éducation du patient diabétique (CD-rom et livret), la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées et la publication des résultats du baromètre santé médecins/pharmaciens 2003.

En 2006, la subvention de l'État devrait se fixer à 22,93 millions d'euros, une enveloppe spécifique supplémentaire de 100.000 euros étant allouée à l'INPES en faveur des actions inscrites au plan « maladies rares ».

En outre, la CNSA pourrait apporter une contribution spécifique de 3 millions d'euros, pour concourir au financement du dispositif de prévention des maladies chroniques et du vieillissement.

Le prélèvement sur fonds de roulement devrait être de 7 millions d'euros, soit un montant plus limité qu'en 2005, compte tenu des variations que ce fonds devrait subir d'ici la fin de l'année – un prélèvement de 23,6 millions d'euros est prévu au budget primitif de 2005 – et de la moindre reconstitution du fonds de roulement à la fin de l'exercice 2005.

Enfin, la loi a prévu que l'INPES puisse percevoir une contribution des annonceurs de publicité lorsque les messages en faveur de certaines boissons ou produits alimentaires ne comportent pas de messages sanitaires (article L. 2133-1 du code de santé publique). Cette disposition n'est pas encore entrée en vigueur, mais elle pourrait contribuer à doter l'Institut de ressources permettant de renforcer les dispositifs et les actions liés au PNNS.

II.– L'ACTION « DETERMINANTS DE SANTE »

L'action « déterminants de santé » comprend l'ensemble des politiques de prévention et d'éducation, concernant les différents déterminants de santé. **Elle devrait bénéficier, en 2006, de 36,10 millions d'euros d'autorisations d'engagement, soit une baisse de 2,34 % par rapport à 2005, et de 34,74 millions d'euros de crédits de paiement, soit une baisse de 6,03 % par rapport à 2005.**

Votre Rapporteur regrette la baisse de ces moyens – déjà insuffisants – consacrés à la politique de prévention sur les déterminants de santé. Comme le montre le tableau suivant, ces dotations limitées sont en effet reconduites voire baissées en 2006 :

DEPENSES D'INTERVENTION DE L'ACTION « DETERMINANTS DE SANTE »

(en millions d'euros)

Action	LFI 2005	PLF 2006
Alcool et tabac	4,7	4,77
Plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence	3,69	3,50
Lutte contre les autres pratiques à risques (toxicomanie)	13,29	13,28
Plan nutrition santé	3,6	3,46
Prévention des risques sanitaires environnementaux	2,04	2,04
Total	27,32	27,05

Source : projet annuel de performance

Par ailleurs, 266.266 euros d'autorisations d'engagement et 253.787 euros de crédits de paiement couvrent les dépenses de communications et le financement du matériel de prévention dans le cadre de la sécurité routière au niveau local. Une subvention de 7,42 millions d'euros est prévue pour l'INPES.

A.– LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME : UNE POLITIQUE DE PREVENTION REMISE EN CAUSE

Le projet de loi de finances prévoit une dotation de **4,77 millions d'euros pour financer les actions menées sur les déterminants de santé que sont l'alcool et le tabac (hors actions du plan Cancer)**. Il s'agit, en particulier, de mettre en œuvre la partie sanitaire du plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool au travers d'actions d'éducation pour la santé. L'action repose sur le soutien d'associations nationales ou plus locales œuvrant dans le domaine de l'alcool ou du tabac.

– *Le dispositif de prévention en matière de consommation d'alcool*

La France comptait au début des années 2000 près de 13 millions de consommateurs réguliers d'alcool dont 8 millions d'usagers quotidiens.

En 2002, 18 % des hommes et 6 % des femmes ont consommé, la veille du sondage, un nombre de verres supérieur aux seuils recommandés (3 verres par jour pour les hommes et 2 verres pour les femmes selon l'OMS). D'après les réponses au test « Diminuer, Entourage, Trop, Alcool » (DETA) qui sert, à partir de quatre questions, à dépister les consommateurs d'alcool à risque de dépendance, environ 4 millions de personnes (13 % des hommes et 4 % des femmes âgés de 12 à 75 ans) peuvent être considérés comme consommateurs à risque de dépendance. La proportion de consommateurs dépistés par le test DETA est restée à peu près stable entre 1995 et 2000.

Les décès liés à l'imprégnation éthylique chronique (psychose et dépendance alcoolique, cirrhose du foie et cancer des voies aéro-digestives supérieures) s'élevaient à 22.500 en 2000.

La politique en matière d'alcool s'inscrit dans le cadre de deux plans de santé publique.

Premièrement, trois mesures sont prévues dans le cadre du *Plan de mobilisation nationale contre le cancer* : mise en place d'un avertissement sanitaire plus lisible et plus utile au consommateur, de type « l'excès d'alcool peut faciliter la survenue de cancer », diffusion de repères et de conseils pour aider à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool (formation de médecins, etc.) ou encore lancement d'une campagne d'information grand public sur les risques sanitaires liés à l'excès d'alcool.

Deuxièmement, le *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool* (2004-2008) fixe deux mesures précises : abaisser les consommations d'alcool aux seuils définis par l'OMS et faire évoluer et respecter les législations relatives au tabac et l'alcool.

En 2005, la communication repose sur trois axes principaux : inciter les buveurs réguliers excessifs à diminuer leur consommation, en les informant sur les risques sanitaires et les repères de consommation (en octobre 2005 a été lancée une campagne de communication sur les équivalences entre les différents types de boissons), faire évoluer les représentations des consommateurs et promouvoir l'abstinence pendant la grossesse, via une campagne sur le thème « 9 mois, zéro alcool, zéro tabac ».

– Le financement du dispositif de prévention en matière de consommation d'alcool

En 2004, l'effort budgétaire des pouvoirs publics en matière de lutte contre l'alcoolisme a sensiblement progressé de plus de 12 % par rapport à 2003. D'après les prévisions pour 2005, l'effort budgétaire des pouvoirs publics devrait se maintenir. Parmi les crédits en augmentation en 2003, il convient de souligner les contributions de la direction générale de la santé (DGS), de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et de l'assurance maladie au travers de son enveloppe médico-sociale.

Le budget de la DGS a connu l'accroissement le plus important puisqu'il a été multiplié par quatre par rapport à 2001. Cette évolution sensible s'explique par l'apparition de crédits des services déconcentrés du ministère de la santé sur ce thème pour soutenir des projets en région et l'apport au niveau national de crédits du Plan Cancer. Le niveau de ces crédits est maintenu pour 2005. Les crédits nationaux de la DGS sont employés pour subventionner les associations nationales (779.777 euros en 2002, 812.824,38 euros en 2003, 794.900 euros en 2004 et 1,24 million d'euros en 2005). En 2005, la direction fait réaliser des études notamment sur l'évaluation médico-économique des structures et sur le rôle de l'alcool dans la survenue d'accidents mortels.

En 2005, la DGS bénéficie de 1,18 million d'euros au titre du plan cancer et de 304.400 euros pour l'alcool au titre des crédits de l'État. Ces crédits permettent de soutenir les associations d'aide aux anciens buveurs (5 associations néphalistes) ainsi qu'une action particulière sur le thème de l'alcool au volant à destination des jeunes.

Depuis 2003, dans le cadre du Plan Cancer, **l'INPES** contribue, au-delà de ses campagnes nationales, au soutien à des associations en régions au travers d'appels à projets. Sa contribution est de 525.000 euros en 2004 et de 1,75 million d'euros en 2005.

Il paraît difficile d'identifier la part thématique des crédits les plus importants de la **MILDT**, en particulier ceux délégués aux chefs de projet et aux GIP (DATIS, OFDT). En 2004, il a été possible d'identifier 346.700 euros de subventions nationales.

Les actions de prévention concernant l'alcool, y compris au sein du Plan Cancer, devraient bénéficier de 4,69 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de 4,52 millions d'euros de crédits de paiement.

ÉVOLUTION DES CREDITS PUBLICS POUR LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005 ⁽¹⁾
DGS	0,80	0,81	3,36	3,50
<i>dont national</i>	<i>0,80</i>	<i>0,81</i>	<i>0,94</i>	<i>1,57</i>
<i>dont déconcentré</i>	<i>n.c.</i>	<i>n.c.</i>	<i>2,43</i>	<i>1,93</i>
Crédits ARH régionalisés	6	0	n.c.	
INPES	2,91	2,58	5,68	6,78
– <i>Campagnes de communication</i>	<i>2,91</i>	<i>2,58</i>	<i>5,16</i>	<i>5,03</i>
– <i>Appel à projet en région</i>	<i>0</i>		<i>0,52</i>	<i>1,75</i>
MILDT	1,11	0,79	0,35	n.c.
FNPEIS	10,98	11	8,5	10
FNASS			0,34	Transfert sur FNPEIS
CNAM ONDAM	36,63	43,90	48,04	56,07
– <i>dont CCAA</i>	<i>34,07</i>	<i>36,63</i>	<i>43,90</i>	<i>48,04</i>
– <i>dont mesures nouvelles</i>	<i>2,56</i>	<i>7,27</i>	<i>4,14</i>	<i>8,02</i>
Total	58,42	59,09	66,28	66,35

En italique figure le détail du total indiqué au-dessus

(1) prévisions

Source : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

– *Une politique de prévention remise en cause*

Votre Rapporteur regrette les différentes initiatives législatives qui ont conduit à limiter la portée de la loi « Évin » et à fragiliser considérablement la politique de prévention en matière de consommation d'alcool.

Ainsi, l'article 21 de la loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux a ouvert la possibilité de faire de la publicité pour les boissons alcooliques, en précisant que « *cette publicité peut comporter des références relatives aux terroirs de production, aux distinctions obtenues, aux appellations d'origine (...) aux indications géographiques telles que définies dans les conventions et traités internationaux régulièrement ratifiés. Elle peut également comporter des références objectives relatives à la couleur et aux caractéristiques olfactives et gustatives du produit.* »

Par ailleurs, l'article 21 A du projet de loi d'orientation agricole⁽¹⁾, actuellement en discussion devant le Parlement, propose de modifier la composition du conseil de modération et de la prévention – lui-même créé par un décret du 4 octobre 2005 – en renforçant la représentation des parlementaires, et en prévoyant sa consultation systématique sur tout projet de communication ou de texte normatif relevant de son domaine de compétence. Ce conseil, qui donne une place importante aux professionnels des filières viticoles, risque de freiner la mise en œuvre de la politique de prévention dans ce domaine.

(1) *Projet de loi d'orientation agricole, n° 2341, déposé à l'Assemblée nationale le 18 mai 2005, adopté, en première lecture par l'Assemblée nationale le 18 octobre 2005, texte adopté n°488.*

B.— LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME

Le tabac est la première cause de mortalité évitable (66.000 décès par an) et la première cause de cancer. La politique de santé publique prend différentes formes : l'augmentation de la taxation du tabac, la multiplication des avertissements sanitaires, le renforcement de la législation et les campagnes de prévention et l'aide à l'arrêt.

La direction générale de la santé verse des subventions aux associations nationales. Ces dotations ont représenté 417.855 euros en 2002, 808.716 euros en 2003, 1,02 million d'euros en 2004. Par ailleurs, elle participe au financement de l'INPES. Une subvention de 2 millions d'euros pour les appels à projet régionaux de l'INPES a été versée en 2003. Une dotation de 4,93 millions d'euros en 2004 a financé les projets associatifs en régions, à hauteur de 1,5 million d'euros et la campagne relative au tabagisme passif, à hauteur de 3,43 millions d'euros.

En 2005, la DGS bénéficie d'un budget de 1,46 million d'euros dont 996.509 euros au titre du plan cancer et de 461.491 euros pour réaliser des études sur le tabac pour le tabac sur les crédits de l'État et a prévu de faire réaliser des études (notamment sur les substituts nicotiques chez la femme enceinte pour un montant de 40.000 euros). Ces crédits permettent de soutenir financièrement des associations nationales de lutte contre le tabac qui défendent les droits des non-fumeurs et assurent une vigilance particulière dans ce domaine.

L'INPES finance des campagnes de communication ainsi que des appels à projets en région. Ceux-ci sont financés notamment grâce à la subvention de la DGS de 3,3 millions d'euros en 2005.

Le tableau suivant présente l'évolution du financement de la politique de lutte contre le tabagisme :

FINANCEMENT DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005⁽¹⁾
DGS	0,42	4,81	6,67	2,33
– Tabac (national)	0,42	4,81	5,95	1,50
– Tabac (déconcentré)	n.c.	n.c.	0,72	0,83
DHOS	2,13	–	–	2
INPES	7,04	12,87	18,02	13,70
– campagnes de communication	7,04	12,86	15,05	11,95
– appel à projets en région	–	–	2,97	1,75
MILDT	0,30	0,29	0,14	n.c.
FNPEIS	2,25	3,1	1,1	3
ONDAM ⁽¹⁾	n.c.	3,07	1,37	n.c.
Total	12,15	24,13	27,31	18,03

(1) pour consultations tabacologiques dans les CCAA

Source : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

C.– DES DOTATIONS LIMITEES POUR LES AUTRES POLITIQUES SUR LES DETERMINANTS DE SANTE

1.– Le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence

Le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, qui constitue l'un des cinq plans stratégiques prévus par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, a été élaboré en 2005. Il aborde les relations entre la santé et diverses formes de violences. Il concerne des populations variées (enfants et adolescents, personnes âgées, handicapées, dépendantes, etc.), dans des cadres divers (famille, milieu professionnel, institutions médico-sociales, prisons, établissements scolaires, etc.). Les axes principaux de ce plan consistent à : mieux connaître les relations entre la violence et la santé, faire appliquer le droit, prévenir et repérer la violence, prendre en charge ses conséquences, informer et former, encourager les bonnes pratiques, et mettre en place des systèmes d'information.

Ce plan a été doté de 3,7 millions d'euros en 2005. Ces crédits concernent la réalisation d'études sur les phénomènes de violence et leurs impacts sur la santé et des subventions à des associations intervenant dans la prise en charge des victimes de violence.

Il devrait bénéficier de 3,83 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de 3,65 millions d'euros de crédits de paiement en 2006.

2.– Le Plan nutrition santé

a) Des moyens financiers limités

Le programme national nutrition-santé (PNNS) a pour objectifs, conformément à la loi relative à la politique de santé publique, de réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité et de promouvoir une activité physique modérée, la sédentarité et l'obésité étant des facteurs favorisant pour des pathologies chroniques telles que le diabète, les maladies cardio-vasculaires, le cancer ainsi que l'ostéoporose.

Ce plan a bénéficié d'un budget de 750.000 euros en 2005. Ces crédits ont permis de financer des études pour l'élaboration du programme national nutrition-santé (300.000 euros), la déconcentration du plan et son appropriation par les acteurs locaux (290.000 euros), la formation des acteurs (professionnels de santé et autres professionnels concernés), l'information du public (110.000 euros) et la réalisation d'une étude sur l'iode dans l'alimentation (50.000 euros).

Le projet de budget prévoit une dotation de **3,46 millions d'euros** pour le Plan nutrition santé et la mise en œuvre du programme d'actions contre les maladies cardio-vasculaires tant au niveau national que par des actions de proximité.

Devant l'augmentation du nombre des cas d'obésité en France, qui sont passés de 8 à 11 % chez les adultes et de 2 à 4 % chez les enfants et les adolescents en cinq ans, ces crédits et ces actions apparaissent bien trop limités.

b) Une lutte contre l'obésité jugée très insuffisante

Dans un rapport intitulé « *Obésité : comprendre, aider, prévenir* », réalisé dans le cadre de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, le sénateur Gérard Dériot regrette que les actions du Programme national nutrition santé (PNNS) mis en place en 2000, bien qu'ayant eu « *des effets ponctuels mesurables* », soient demeurées « *trop dispersées pour contrer véritablement l'épidémie* ». Pour le sénateur, « *le nombre et la variété des facteurs explicatifs de l'obésité rendent impossible la définition de programmes de prévention simples destinés à un seul groupe cible* ». Il recommande donc une politique active de prévention sur plusieurs niveaux d'intervention : une prévention ciblée sur les sujets atteints, une prévention sélective à destination des groupes à plus haut risque et une prévention universelle pour l'ensemble de la population. Plusieurs pistes de réformes sont proposées comme rendre l'étiquetage nutritionnel obligatoire, taxer les produits à faible apport nutritionnel ou subventionner les produits les plus sains mais chers ou cibler les aides.

3.– Les actions de prévention des risques sanitaires environnementaux dans le cadre du Plan national santé environnement

Le plan national santé environnement (PNSE), qui a été élaboré en 2004 pour une durée de cinq ans (2004-2008), est piloté par les ministères en charge de l'environnement, de la santé, du travail et de la recherche, et comporte trois objectifs prioritaires : garantir un air et une eau de bonne qualité, prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers, et mieux informer le public et protéger les populations sensibles (enfants, femmes enceintes et personnes âgées).

En 2005, une dotation de **3,5 millions d'euros** a permis de cofinancer les actions suivantes :

– la constitution et le suivi d'un groupe de 10.000 enfants par l'InVS afin de mesurer l'évolution de leur imprégnation aux polluants environnementaux et d'établir des relations entre les effets sanitaires observés et leurs expositions environnementales ;

– la réalisation par l'INPES de campagnes d'information et de sensibilisation du public aux risques sanitaires environnementaux (comme l'asthme, les allergies, les intoxications au monoxyde de carbone, les effets sanitaires de la canicule ou des produits chimiques) ;

– le recueil, traitement et diffusion par l'AFSSE aux professionnels, public et experts scientifiques des informations collectées en santé environnement (données d'émission, d'exposition, sur les impacts, etc.) ;

– et des opérations de contrôles mises en œuvre par les DDASS afin de prévenir les intoxications par le plomb ou au monoxyde de carbone dans l'habitat et les légionelloses dans les réseaux d'eau chaude et les tours aéroréfrigérantes.

Cette dotation spécifique vient compléter la dotation globale de **19,3 millions d'euros** (pour l'administration centrale et services déconcentrés) affectée par le ministère de la Santé au secteur santé-environnement. L'ensemble de ces crédits contribue à financer en 2005, puis 2006, les actions prioritaires du PNSE.

En 2006, la dotation en faveur des risques sanitaires environnementaux sera de 2,04 millions d'euros.

Au niveau de l'administration centrale, il est d'élaborer et de diffuser un guide d'aide aux services déconcentrés pour réaliser les enquêtes techniques en matière d'intoxications oxycarbonées. Des crédits ont également été prévus pour les services déconcentrés pour faire fonctionner le système de surveillance des intoxications oxycarbonées et celui du saturnisme.

Pour 2006, l'accent sera mis sur les priorités suivantes : la gestion de l'exposition de la population aux pesticides organochlorés aux Antilles, la poursuite du plan légionelle et la modernisation de la banque de données des centres antipoison. À ces crédits viennent s'ajouter les dotations des agences (AFSSET, AFSSA, INVS) qui renforceront en 2006 leur capacité en expertise dans le domaine de l'eau, des substances chimiques et les matériaux. L'INPES pour sa part développera un programme d'information vers le grand public sur la prévention des risques sanitaires environnementaux.

III.- L'ACTION « PATHOLOGIES A FORTE MORTALITE »

L'action « Pathologie à forte mortalité » devrait bénéficier de **199,65 millions d'euros d'autorisations d'engagement**, soit une hausse de 36,5 % par rapport à 2005, et de **10,37 millions d'euros de crédits de paiement**, soit une hausse de 30,12 % par rapport à 2005. Cette hausse résulte principalement de la montée en puissance du Plan Cancer et de la recentralisation de certaines actions sanitaires. Hors changement de périmètre ⁽¹⁾, la hausse est plus modérée : elle est de 16,84 % pour les autorisations d'engagement et de 10,49 % pour les crédits de paiement.

Les activités transférées concernent, d'une part, les dépistages des cancers et, d'autre part, les activités de vaccinations, la lutte contre la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles. Il a été laissé aux départements la possibilité de poursuivre ces activités en passant convention avec l'État. Le transfert à l'Assurance-maladie du financement des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), qui ont été institués par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, modifie également le périmètre de l'action pour l'exercice budgétaire 2006.

Votre Rapporteur spécial regrette que l'augmentation des crédits consacrés au Plan Cancer et le transfert de certaines compétences au niveau national, masque la baisse des crédits consacrés aux autres actions de 9,1 %. Ainsi, comme le montre le tableau suivant, les crédits attribués aux autres plans de santé publique connaissent parfois une stabilité regrettable, mais ils sont le plus souvent en baisse.

(1) Le changement de périmètre prend aussi en compte le transfert des CAARUD à l'assurance-maladie, et le transfert des crédits de la MILCa au sein de la mission « Santé ».

Le tableau suivant présente le financement de l'action « Pathologies à forte mortalité » :

FINANCEMENT DE L'ACTION « PATHOLOGIES A FORTE MORTALITE »

(en millions d'euros)

Action	LFI 2005	PLF 2006	2005/2006 (%)
Plan Cancer	73,16	95,14	30,04
VIH/SIDA	51,15	36,3	- 29,03 ⁽¹⁾
Hépatites	3,18	3,2	0,63
Autres maladies infectieuses	0,27	0,05	- 81,48
Maladies cardio-vasculaires	0,28	0,2	- 28,57
Maladies rares	0,73	0,69	- 5,48
Autres pathologies non infectieuses	0,34	0,25	- 26,47
Santé mentale, dont suicide	5,24	5,8	10,69
Santé bucco-dentaire	0,18	0,18	0
Autres ⁽²⁾	5,17	-	-
INPES	6,60	7,02	6,36
Recentralisation des compétences sanitaires	-	41,62	
Total	146,3	190,37	30,12
Total (hors changement de périmètre) ⁽³⁾	146,3	161,64	10,49

(1) La comparaison entre 2005 et 2006 nécessite cependant de prendre en compte le transfert des crédits consacrés aux CARUUD soit 14,9 millions d'euros en 2006.

(2) 5,17 millions d'euros ne sont pas justifiés dans les éléments transmis à votre Rapporteur

(3) Prise en compte de la recentralisation de certaines compétences sanitaires, du transfert au sein de la mission « Santé » des crédits de la MILCA et du transfert des CAARUD à l'Assurance-maladie.

Source : projet annuel de performance

A.- LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN CANCER

En 2000, en France, le nombre de nouveaux cas de cancers a été estimé à environ 278.000 dont 58 % sont survenus chez l'homme. Quatre localisations sont responsables chacune de plus de 25.000 cas : il s'agit du cancer du sein (près de 42.000 cas), de celui de la prostate (environ 40.000 cas), des cancers colo-rectaux (36.000 cas) et des cancers du poumon (près de 28.000 cas).

Avec 150.000 décès en 2000, dont 61 % survenant chez l'homme, les cancers représentent la deuxième cause de mortalité en France derrière les affections cardio-vasculaires, soit environ 28 % des décès, et la première cause de mortalité prématurée, dont un grand nombre est évitable (poumons, voies respiratoires supérieures). Quatre localisations sont responsables chacune de plus de 10.000 décès par an : il s'agit des cancers du poumon (27.000), des cancers colo-rectaux (16.000) des cancers du sein (environ 12.000) et des cancers de la prostate (10.000).

Un plan de mobilisation nationale comportant 70 mesures a été annoncé en mars 2003. L'État doit assurer le financement des mesures relevant de sa compétence, ce qui explique l'augmentation du budget alloué à la lutte contre le cancer passant, dans le champ de ce programme, de 5 millions d'euros en 2002 à 73,16 millions d'euros en 2005. Cependant, l'essentiel du financement relève de l'Assurance-maladie, qui a pris en charge 85,64 % du budget attribué au Plan Cancer sur la période 2002-2005.

La répartition du financement du Plan Cancer est rappelée dans le tableau suivant :

FINANCEMENT DU PLAN CANCER

(en millions d'euros)

	Total 2002-2005	2002	2003	2004	2005	2006 (prévisions)
État	73,93	–	16,5	18,5	38,93	51,3
Assurance maladie	452,94	87,46	101,08	123,79	140,62	n.c.
MILC – INCA	2		1	1	34,23	45,23
Total	528,87	87,46	118,58	143,29	213,78	n.c.

Source : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Le Plan Cancer devrait être doté en 2006 d'un budget de 95,14 millions d'euros qui se répartit de la façon suivante : une subvention de 45,23 millions d'euros à l'Institut national du Cancer (InCA), 49,3 millions d'euros de dépenses d'interventions (dépistage du cancer, expérimentation de prise en charge à domicile, formation et information des professionnels et du public et subventions aux associations) et 0,61 million d'euros de dépenses de fonctionnement.

Compte tenu de l'enjeu majeur que cette maladie représente, votre Rapporteur salue la mise en place du plan Cancer.

Il mène d'ailleurs une mission d'information sur ce sujet et a effectué des déplacements dans les cancéropôle du Grand Sud-Ouest (Toulouse), de Provence-Alpes-Côte d'Azur (Marseille), du Grand Nord-Ouest (Lille), et à Bruxelles. **Il apparaît ainsi que si des avancées importantes ont été réalisées, des politiques majeures doivent encore être mises en place et requièrent un appui inconditionnel de l'État et un soutien financier important : il s'agit notamment du dépistage du cancer colo-rectal et de la mise en place d'un système d'autorisation d'exercer en cancérologie pour les services hospitaliers.**

1.– L'Institut national du cancer

a) La mise en place de l'InCA en 2005

L'Institut national du cancer (InCA) est groupement d'intérêt public chargé de coordonner les actions de lutte contre le cancer. À ce titre, il exerce notamment les missions suivantes :

- observation et évaluation du dispositif de lutte contre le cancer, en s'appuyant notamment sur les professionnels et les industriels de santé ainsi que sur les représentants des usagers ;

- définition de référentiels de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie ainsi que de critères d'agrément des établissements et des professionnels de santé pratiquant la cancérologie ;

- information des professionnels et du public sur l'ensemble des problèmes relatifs au cancer ;

- participation à la mise en place et à la validation d'actions de formation médicale et paramédicale continue des professions et personnes intervenant dans le domaine de la lutte contre le cancer ;

- mise en œuvre, financement, coordination d'actions particulières de recherche et de développement, et désignation d'entités et d'organisations de recherche en cancérologie répondant à des critères de qualité, en liaison avec les organismes publics de recherche concernés ;

- développement et suivi d'actions communes entre opérateurs publics et privés en cancérologie dans les domaines de la prévention, de l'épidémiologie, du dépistage, de la recherche, de l'enseignement, des soins et de l'évaluation ;

- participation au développement d'actions européennes et internationales ;

- et réalisation, à la demande des ministres intéressés, de toute expertise sur les questions relatives à la cancérologie et à la lutte contre le cancer.

En 2005, l'InCA est doté d'un budget de 70,2 millions d'euros, dont 35 millions d'euros proviennent du ministère de la Recherche et 35,23 millions d'euros du ministère de la Santé. Compte tenu des gels budgétaires, la subvention du ministère de la santé pour 2005 s'élève à 34,230 millions d'euros. Le résultat excédentaire de l'exercice 2004 a également été transformé en ouvertures de crédits pour 2005, ce qui porte le montant total du budget 2005 à 75,9 millions d'euros.

La dotation de l'InCA se répartit de la façon suivante :

ACTIONS FINANCEES PAR L'INCA

(en millions d'euros)

Actions	Crédits
Organisation des soins	3,16
Agrément, labellisations, recommandations de pratiques cliniques	4,89
Innovations	3,74
Communication et information du public	8,7
Prévention et dépistage	6,78
Formation	0,6
Valorisation–transfert	2,68
Relations et coopération internationales	0,87
Épidémiologie – observatoires des cancers	3,13
Biologie du Cancer	20,56
Recherche clinique, biostatistique	6,23
Sciences humaines et sociales	2,09
Valorisation, fonctionnement de l'Institut	1,91
Total	65,34

Source : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

b) Le financement de l'InCA en 2006

En 2006, l'InCA devrait recevoir une dotation budgétaire de 90 millions d'euros dont une subvention du ministère de la santé devant s'établir à 45,230 millions d'euros soit 10 millions d'euros de mesures nouvelles. L'Institut devrait, en outre, bénéficier de 140 équivalents temps pleins travaillés, soit 20 de plus qu'en 2005.

Les principales actions prévues à ce jour pour cet exercice concernent :

– **l'organisation des soins** (suivi de l'appel d'offres en oncogériatrie auprès de sites de référence, poursuite du bilan de l'application de la circulaire « organisation des soins en cancérologie pédiatrique », poursuite de la généralisation du dispositif d'annonce, accompagnement de la montée en charge des travaux du centre de coordination en cancérologie, mise en place du système de labellisation et généralisation sur le territoire des réseaux cancérologie et lancement d'un nouvel appel d'offres pour l'installation d'équipements particuliers et innovants à l'hôpital) ;

– **l'agrément, la labellisation et les recommandations de pratiques cliniques** (diffusion et mise en œuvre du référentiel des critères qualité, diffusion et mise en œuvre des recommandations de pratiques cliniques et mise en place d'un système de contrôle et d'évaluation dans ces domaines) ;

– **l’innovation** (accompagnement de la montée en charge des travaux du réseau d’observatoires de la prescription, poursuite de la mise en place d’une veille médicale sur les molécules onéreuses dans le cadre de la réforme du financement des établissements de santé, développement des tumorothèques et des différentes actions de soutien aux innovations thérapeutiques) ;

– **la communication et information des publics** (rediffusion de la campagne sur l’intérêt des dépistages des cancers, réalisation d’une campagne de prévention des cancers alertant sur les principaux facteurs de risque, rediffusion de la campagne de prévention du mélanome avec renouvellement des messages, amplification de la campagne d’incitation au dépistage du cancer du sein, actions d’information des patients, poursuite des actions d’incitation au dépistage du cancer du col de l’utérus, lancement d’une campagne d’incitation au dépistage du cancer du colon) ;

– **la prévention et dépistage** (mise en œuvre d’un programme d’action anti-tabac, mise en place des recommandations alcool, organisation d’une conférence sur les liens cancer – environnement, poursuite des actions 2005 sur le facteur risque soleil, lancement d’un programme d’action sur les liens cancer – nutrition, réalisation d’un appel à projets sur les cancers professionnels en lien avec d’autres acteurs institutionnels, montée en puissance du bureau des questions d’intérêts publics, soutien aux actions des régions dans le domaine de la prévention, fonctionnement opérationnel du système de veille scientifique et d’expertise, montée en puissance du site internet, extranet et intranet « e-cancer », gestion de la ligne cancer info service, réalisation de synthèses d’expertise à la demande de partenaires ou pour des publications propres de l’Institut national du cancer) ;

– **l’Épidémiologie et l’observatoire des cancers** ;

– **la biologie du cancer** (versement de subventions aux cancéropôles pour assurer leur animation scientifique, poursuite de l’appel à projets structurant différents acteurs de la recherche en cancérologie, poursuite des financements ciblés sur certaines pathologies (rein et poumon en particulier), poursuite des appels d’offres « projets innovants », exploitation du système « carte d’identité des tumeurs », accompagnement des travaux de montée en charge de la plateforme d’intérêt national en biologie du cancer, intensification des actions de soutien dans le domaine de la valorisation, renouvellement de l’appel d’offres « réseaux structurants » auprès des cancéropôles, et poursuite des financements de contrats de post-doctorants français et étrangers) ;

– **la recherche clinique et les biostatistiques** (poursuite de l’évaluation et du suivi des projets PHRC, financement, évaluation et suivi de deux grands projets et de cinq petits projets de recherche clinique, accompagnement de la montée en charge et coordination de 35 réseaux régionaux de recherche clinique en cancérologie (R3C2), accompagnement de la montée en charge et coordination de 25 groupes d’études cliniques, accompagnement de la montée en charge et

coordination des 7 centres de traitement des données, fonctionnement opérationnel de la cellule de support réglementaire et de la cellule de coordination des comités, poursuite de la diffusion du support méthodologique aux essais cliniques, lancement de plusieurs nouveaux projets de recherche en biostatistique clinique, développement du thésaurus d'essais cliniques en collaboration avec l'AFSSAPS, développement de supports informatiques aux essais et d'une collecte centralisée des données des essais).

2.- Le financement des cancéropôles

La création des Cancéropôles est l'une des mesures proposée en janvier 2003 par la commission d'orientation du cancer mise en place dans le cadre du Plan Cancer. En mars 2003, un appel d'offre conjoint des ministères de la Recherche et de la Santé, intitulé « Émergence et structuration des cancéropôles » a été lancé, afin de regrouper dans des grands ensembles de taille européenne les différents acteurs participant à la lutte contre le cancer.

Sept ensembles régionaux ou interrégionaux ont ainsi été identifiés : Grand-Est (GE), Grand-Ouest (GO), Grand Sud-Ouest (GSO), Île-de-France (IdF), qui représente plus de 40 % du potentiel national de recherche du domaine, Nord-Ouest (NO), Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), Lyon Rhône-Alpes Auvergne (LARA). Un financement global de 16,5 millions d'euros sur 3 ans a été accordé qui s'est réparti de façon non homogène en fonction de la qualité des projets proposés et des équipes prêtes à s'investir.

Ce financement avait pour but de structurer ces ensembles et de les doter des plates-formes technologiques nécessaires pour réaliser des projets de recherche innovants d'envergure nécessitant des analyses à grande échelle (transcriptome, protéome, imagerie, tumorothèques, etc.) à partir de tumeurs humaines. La volonté de créer un continuum depuis le malade jusqu'à la recherche fondamentale devait être clairement affichée.

Le financement des cancéropôles en 2003 est présenté dans le tableau suivant :

FINANCEMENT DES CANCEROPLES EN 2003

(en millions d'euros)

Cancéropôle	Dotation
Grand Est	0,25
Grand Ouest	1,2
Grand Sud Ouest	2,3
Île de France	5,95
Nord Ouest	1
Provence Alpes Côte d'Azur	2,95
Lyon Rhône Alpes Auvergne	2,85
Total	16,5

Source : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

En février 2004, un deuxième appel d'offre a été lancé par les ministères de la Recherche et de la Santé à hauteur de 18,5 millions d'euros sur 3 ans. Il avait pour but de faire émerger dans chacun des cancéropôles des projets de recherche fédérateurs regroupant des laboratoires de recherche cognitive universitaires majoritairement associés au CEA, CNRS, INSERM, des services cliniques et des acteurs du secteur privé.

Les consortiums de taille européenne ainsi constitués pouvaient comprendre de 8 à 30 équipes. Sur les 72 projets reçus, 32 ont été financés sur proposition d'un comité formé d'experts internationaux qui a jugé le niveau moyen des dossiers déposés comme étant « *excellent* ». La structuration sans précédent de la recherche en cancérologie ainsi obtenue justifie pleinement la démarche entreprise. La répartition par cancéropôle des dossiers retenus et de leur financement, qui reflète la capacité des différents acteurs de présenter des projets de qualité fédérateurs, est rappelée dans le tableau suivant :

FINANCEMENT DES CANCEROPLES EN 2004

(en millions d'euros)

Cancéropôle	Dotation
Grand Est	0,9
Grand Ouest	1,8
Grand Sud Ouest	2,1
Île de France	8,1
Nord Ouest	0,75
Provence Alpes Côte d'Azur	2,7
Lyon Rhône Alpes Auvergne	2,15
Total	18,5

Source : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Un ensemble d'appels d'offres en cours d'évaluation a été lancé par l'Institut national du cancer. La somme consacrée au financement de projets de recherche sera de 28 millions d'euros.

La structuration de la recherche en Cancéropôle a été réalisée. Certains Cancéropôles ont déjà adopté un statut juridique. Une réflexion est en cours pour que début 2006 chacun d'entre eux se dote de statuts et de modalités de gouvernance homogénéisés. L'InCA a pour mission d'aider à cette structuration et à participer à leur financement au travers de soutien à leurs projets.

Depuis 1998, la recherche clinique a été financée par la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) au travers des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC). Le cancer apparaît comme une priorité de la politique de recherche clinique impulsée par le ministère de la Santé.

En 2002 et 2003, le PHRC a été directement géré par le ministère de la Santé, hors du plan cancer. Les projets retenus dans le domaine du cancer ont été financés successivement à hauteur de 9,2 millions d'euros et de 11,3 millions d'euros. En 2004, 9 millions d'euros ont été affectés au PHRC auquel il faut

ajouter 1,4 million d'euros pour le soutien aux tumorothèques et 3,1 millions d'euros au renforcement et à la pérennisation des effectifs de personnel de recherche clinique en cancérologie. Ceci a permis de créer 50 postes. Le soutien total de la recherche clinique en cancérologie a donc été en 2004 de 13,5 millions d'euros.

En 2005, l'InCA a été chargé de gérer le PHRC, financé par la DHOS à hauteur de 15 millions d'euros auquel doit être ajouté un programme de 3 millions d'euros sur des thématiques spécifiques à l'InCA.

En prenant en compte les différents types de financement, les sommes globales affectées à chacun des Cancéropôles pour 2005 sont présentées dans le tableau suivant :

FINANCEMENT DES CANCEROPLES EN 2005

(en millions d'euros)

Cancéropôle	Dotation
Grand Est	1,65
Grand Ouest	4,04
Grand Sud Ouest	3,83
Île de France	12,49
Nord Ouest	0,97
Provence Alpes Côte d'azur	4,75
Lyon Rhône Alpes Auvergne	3,43
Total	31,18

3.- L'évaluation de la politique de lutte contre le cancer

Le projet annuel de performance propose comme objectif « d'améliorer le dépistage organisé du cancer du sein ». Cinq indicateurs sont associés à cet objectif :

– le taux de participation au dépistage du cancer du sein dans la population cible. Ce pourcentage devrait être de 50 % en 2005 et de 60 % en 2006 ;

– le coût unitaire du dépistage organisé du cancer du sein. Cet indicateur ne sera renseigné qu'en 2006 ;

– le ratio entre nombre de mammographies de dépistage organisé par rapport au nombre de mammographies de dépistage individuel et de dépistage organisé pour la classe d'âge de 50-74 ans ⁽¹⁾. Ce ratio est estimé à 64 % en 2005 et devrait être de 70 % en 2006. L'objectif cible en 2007 est de 90 % ;

(1) Le dépistage organisé du cancer consiste en la réalisation d'un acte de dépistage dans le cadre d'un programme qui s'adresse à l'ensemble d'une population prédéterminée (population cible) et qui répond à certains principes : qualité, sécurité, innocuité, égalité d'accès au dépistage, évaluation... Le dépistage individuel ou spontané est réalisé chez un individu considéré comme à risque. Par conséquent, il s'agit d'un indicateur permettant de suivre la rationalisation de l'organisation du dépistage, dans l'objectif final de voir disparaître les pratiques de dépistage individuel pour la classe d'âge concernée.

– un indicateur sur la ventilation, en pourcentage, des dépenses du plan cancer par nature par rapport aux objectifs initiaux du plan. Le projet annuel de performance n'indique malheureusement pas quand cet indicateur sera renseigné ;

– et un indicateur sur la fonction de coordination de l'InCA. Cet indicateur ne sera renseigné que dans le projet annuel de performance associé au projet de loi de finances pour 2007.

Il apparaît tout d'abord regrettable que la majorité des indicateurs concernant la politique de lutte contre le cancer ne soit pas renseignée. Par ailleurs, les deux derniers indicateurs concernent le Plan cancer en général et non simplement le dépistage du cancer du sein. **Par conséquent, il serait logique de trouver un objectif propre à la mise en œuvre du plan cancer.**

Enfin, trois sujets semblent tout à fait primordiaux aujourd'hui en matière de lutte contre le cancer et mériteraient d'être évalués dans le projet annuel de performance : le dépistage du cancer colo-rectal, le développement de la recherche clinique et la mise en place d'un système d'autorisations de pratiquer pour les services hospitaliers de cancérologie.

En effet, le cancer colo-rectal concerne 36.000 cas par an et est responsable de 16.000 cas de décès⁽¹⁾. Or, de nombreux décès pourraient être évités grâce à un dépistage efficace. Sera donc mis en place, cette année, un système organisé de dépistage du cancer colo-rectal. L'évaluation de ses résultats est donc tout à fait primordiale.

Par ailleurs, dans le cadre du Plan Cancer, l'accent est mis sur la recherche clinique et sur notamment sur l'augmentation du nombre de patients inclus dans ces recherches – sujet sur lequel la France présente un retard important par rapport notamment aux pays anglo-saxons. Il a été décidé que l'InCA verserait des subventions pour ces recherches en proportion du nombre de malades inclus. **Par conséquent, il serait tout à fait pertinent de mesurer le pourcentage de patients intégrés dans la recherche clinique. Cette évaluation pourrait figurer dans le projet annuel de performance de la mission « Santé » ou dans celui de la mission « Recherche et enseignement supérieur ».**

Enfin, sera mis en place cette année un système d'autorisations d'exercice pour les services de cancérologie par l'InCA. Ces autorisations seront fondées sur des référentiels de qualité et sur des indicateurs d'activité. **Compte tenu du caractère novateur de cette politique et des difficultés auxquelles se trouvera probablement confrontée l'InCA, l'évaluation de cette politique et l'information de la Représentation nationale apparaissent à votre Rapporteur cruciales.**

(1) Dernières données disponibles en 2000.

B.– LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

1.– Le financement de la lutte contre le SIDA

En l'absence de vaccin et de traitements éradiquant l'infection, la politique de lutte contre le VIH / Sida vise à réduire la transmission de l'infection en France et à optimiser la prise en charge des personnes atteintes (environ 100.000 personnes séropositives). Elle s'appuie sur un dispositif préventif articulant une large accessibilité aux moyens de dépistage et aux préservatifs et une action continue d'information, de communication et d'éducation à la santé en direction de la population générale qui intègre désormais la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST).

Des actions spécifiques sont menées en direction de six régions de métropole et les départements français d'Amérique et auprès de groupes prioritaires (homosexuels masculins, migrants, population des départements français d'Amérique, personnes séropositives). Le dépistage garde une place majeure pour améliorer le résultat des traitements grâce à un diagnostic et un suivi précoces et dans sa contribution à la gestion de la prévention par les individus.

Ces orientations stratégiques sont définies dans un programme national de lutte contre le VIH / Sida et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2005-2008 qui fixe les objectifs suivants :

- améliorer l'accès à la prévention et aux soins précoces, en particulier pour les populations prioritaires (migrants, homosexuels, personnes séropositives...);
- renforcer l'efficacité du dépistage du VIH en lien avec le dépistage des autres infections sexuellement transmissibles ;
- consolider et adapter aux enjeux actuels la prise en charge globale des personnes atteintes en poursuivant la lutte contre les discriminations, renforçant la solidarité à leur égard et améliorant leur accompagnement dans la vie quotidienne ;
- et développer les recommandations, les outils et la formation des professionnels, en particulier sanitaires et sociaux.

Rappelons que la totalité des crédits consacrés à la politique de réduction des risques auprès des usagers de drogue est désormais imputée dans « déterminants de santé » (soit 13,29 millions d'euros en 2005 et 13,28 millions d'euros en 2006).

Le tableau suivant retrace l'évolution des crédits relatifs à la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles :

LUTTE CONTRE LE VIH ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
(en millions d'euros)

	2004	2005 (prévision)	2006 (prévision)
Réseaux associatifs nationaux	3,2	3,2	3,2
Programme personnes atteintes	17,3	17,7	17,7
– National	0,2	0,4	0,4
– Déconcentré	17,1	17,3	17,3
Programme en direction de la population générale et des publics prioritaires	13,1	13,6	13,6
– <i>Population générale</i>	7,2	6,3	6,3
National	0,3	0,3	0,3
Déconcentré	6,9	6,0	6,0
– <i>Population prioritaire</i>	6,1	6,5	6,5
National	1,1	1,2	1,2
Déconcentré	5,0	5,3	5,3
Outils structurels	1,3	1,3	1,3
– National	0,1	0,1	0,1
– Déconcentré	1,2	1,2	1,2
TOM	0,3	0,3	0,3
Crédits ventilés sur d'autres thématiques	0,6	0,6	0,6
Total	36,2	36,2	36,2

Source : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille :

Au niveau national, le budget de 5,59 millions d'euros a permis de financer :

– **le soutien aux associations nationales de lutte contre le VIH/sida à hauteur de 3,41 millions d'euros.** Il s'agit du financement d'associations pour la réalisation d'actions nationales d'information (notamment par le biais de journaux), pour leurs missions en matière d'observation des besoins en matière de prévention et de prise en charge des personnes atteintes, et pour leur rôle de tête de réseaux, particulièrement important dans le nouveau contexte de régionalisation et compte tenu du nombre important d'associations locales intervenant dans le champ sida ;

– **les programmes en direction des populations prioritaires, à hauteur de 1,12 million d'euros,** notamment des jeunes homosexuels, et des personnes originaires d'Afrique subsaharienne (femmes séropositives et familles migrantes) ;

– **les programmes pour les personnes atteintes, soit 157.000 euros.** Il s'agit d'actions d'information des malades en particulier au niveau des traitements et sur les dispositifs d'hébergement ainsi que de formation pour les professionnels intervenant dans les structures d'hébergement ;

– **les programmes en direction de la population générale, soit 307.100 euros** (programme spécifique en direction des femmes en situation de vulnérabilité, information, soutien à des réseaux nationaux, événements nationaux) ;

– **les outils structurels, c'est-à-dire la mise à disposition d'information et d'outils de référence, le cas échéant par internet, pour les professionnels notamment, à hauteur de 97.700 euros.**

– les études relatives au bilan des dispositifs et les recherches-actions, à hauteur de **226.000 euros.**

– les actions en Guyane, à Wallis-et-Futuna, en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie, à hauteur de **276.000 euros.**

En 2006, le projet de budget prévoit une dotation –identique à celle de 2005 – de 36,3 millions d'euros (hors crédits consacrés aux CAARUD qui atteignent 14,9 millions d'euros).

Cette reconduction est conforme aux orientations du programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008 qui prévoit le maintien des crédits d'intervention sur la période. Comme en 2005, ces crédits devraient financer : les associations nationales de lutte contre le VIH/sida, les programmes de prévention, les actions en direction des publics prioritaires et de la population générale, la prise en charge extra-hospitalière (dispositif de maintien à domicile⁽¹⁾, hébergement et réseaux ville-hôpital), le soutien des personnes atteintes, la formation des professionnels du domaine et le développement d'outils structurels.

2.– La lutte contre les hépatites B et C

Les données épidémiologiques récentes de l'enquête nationale (2003-2004) menée sous l'égide de l'InVS, indiquent que le nombre de personnes atteintes par le virus de l'hépatite C est peu différent de celui estimé en 1994 (500.000 à 650.000), dont 60 à 80 % seraient porteuses chroniques du virus et 56 % seraient dépistées⁽²⁾. Concernant l'hépatite B, environ 300.000 personnes seraient porteuses chroniques de ce virus – ce nombre étant nettement plus élevé que les estimations antérieures – dont 49 % seraient dépistées⁽³⁾.

(1) prévu par la circulaire DGS/DSS/96/10 du 8 janvier 1996

(2) La transmission du virus C persiste principalement chez les usagers de drogues injecteurs (2.700 à 4.400 nouvelles contaminations par an)

(3) La vaccination contre l'hépatite B a permis de réduire le nombre de nouveaux cas d'hépatite B, estimé depuis mars 2003, grâce à la notification obligatoire, à au moins 500 cas par an dont 41% des cas par transmission sexuelle.

Dans le cadre de la poursuite du programme national de lutte contre les hépatites virales B et C, les priorités pour 2005 sont les suivantes :

- prévention de la transmission principalement chez les usagers de drogues injecteurs, les personnes migrantes et les personnes détenues mais aussi prévention de la transmission nosocomiale ou par des actes de tatouage ou de perçage ;
- amélioration de la prise en charge des patients en ville et à l'hôpital ;
- et formation des professionnels et information de l'ensemble des acteurs.

Sur une dotation globale de 3,18 millions d'euros, **les crédits gérés au niveau central** ont été ramenés **en 2005 à 714.000 euros** compte tenu du transfert de la contribution au financement de kits de prévention de la transmission virale destinés aux usagers de drogues injecteurs à l'article 70, intitulé « déterminants de santé » du chapitre 39-01 – Programme « Santé publique et prévention » et de 138.000 euros à l'INPES. Du fait du gel budgétaire, les crédits disponibles ont été ramenés à **610. 814 euros**.

Ces crédits ont permis le versement des subventions aux associations de professionnels pour financer des actions de formation et d'information ⁽¹⁾ (316.000 euros) ainsi que le versement des subventions aux associations de patients pour financer des actions de soutien et information des malades et de leurs familles et des formations de bénévoles (398.000 euros).

En 2006, le projet de budget prévoit une quasi-reconduction des crédits avec une dotation de 3,2 millions d'euros, qui devrait permettre de financer des actions de communication pour l'incitation au dépistage des personnes à risque, le soutien aux associations d'écoute et d'information des personnes atteintes d'une hépatite virale, des actions de prévention des contaminations notamment dans les activités de soins, et l'appui aux actions des réseaux locaux de prise en charge des personnes malades. Il s'agit également de financer le programme de prévention de l'hépatite B en milieu pénitentiaire (information, proposition de tests sérologiques, proposition de vaccination et information sur les relais extérieurs).

3.– Un dépistage trop faible et une hausse des comportements à risques

Votre Rapporteur spécial regrette la stabilité des crédits consacrés à la lutte contre le VIH/SIDA et les hépatites alors que plusieurs études ont montré cette année des taux de vaccination ou de dépistage encore assez faibles et une hausse des comportements à risques.

(1) diffusion d'un CD Rom pédagogique, site Internet, animation d'un réseau associatif de soignants, journaux, actions de formation.

Ainsi, la Drees, dans une étude intitulée « *prévention : perception et comportements* », indique que l'enquête santé 2002-2003 établit que seules 13 % des personnes interrogées déclarent avoir effectué un test de dépistage au cours de leur vie, dont 20 % dans les classes d'âges situées entre 25 et 44 ans. Ce taux, bien qu'en augmentation depuis 1998 (il était alors de 8 %), reste néanmoins faible d'autant plus que 5 % des personnes de 25 à 44 ans ignorent si elles ont été soumises ou non à ce type de test. Le dépistage de l'hépatite B concerne globalement trois adultes sur dix, mais 70 % des 18-24 ans. Le dépistage décroît avec l'âge (35 % des 40-44 ans). L'enquête indique que plus de trois enquêtés sur dix disent avoir effectué un test VIH/SIDA au moins une fois au cours de leur vie.

En outre, l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) ont rendu public, en juin 2005, les résultats de l'enquête « Presse Gay » 2004 indiquant que les prises de risques face au VIH/sida sont en augmentation dans la population homosexuelle masculine. En 2000, pour la première fois, le relâchement de la prévention était mis en évidence par cette enquête. Les résultats pour 2004 confirment ces tendances. L'analyse de plus de 6.000 questionnaires validés fait apparaître non seulement une augmentation des prises de risque avec des partenaires occasionnels, mais aussi une augmentation de leur fréquence.

Sur plus de 77 % des répondants qui ont, en effet, déclaré au moins un partenaire occasionnel au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, 36 % ont indiqué au moins un rapport sexuel non protégé dans les douze derniers mois, **soit une augmentation de 70 % entre 1997 et 2004**. 24 % ont précisé avoir régulièrement des rapports sexuels non protégés (un par mois ou plus) avec des partenaires occasionnels **soit une hausse de plus du double par rapport à 1997**.

Le projet annuel de performance fixe comme objectif de « *renforcer l'adoption de comportements de prévention du VIH/SIDA.* » Compte tenu de la baisse des comportements de prévention constatée dans les études précitées, **cet objectif apparaît à votre Rapporteur tout à fait pertinent**. Le premier indicateur mesure le pourcentage des jeunes de 15 à 26 ans ayant utilisé un préservatif lors de leur premier rapport. En 2005, ce taux est estimé à 87 %. Il devrait être de 87,5 % en 2006. Le second indicateur évalue le pourcentage des jeunes de 18 à 24 ans ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport. Le résultat est moins satisfaisant puisque ce taux est estimé, en 2005, à 59 % pour les hommes et 48 % pour les femmes. Ces taux devraient être respectivement de 59,5 % et 49 % en 2006. Le troisième indicateur mesure le taux de reconnaissance des campagnes de prévention SIDA par les publics cibles. En 2004, 74 % de la population a reconnu au moins un spot de la campagne télévisée de l'INPES, 21 % de migrants avaient vu le spot relatif aux migrants et 21 % avaient vu le spot sensibilisant les publics homosexuels.

Compte tenu des études précitées, il apparaîtrait opportun d'affiner le deuxième indicateur et de distinguer la population générale et les publics à risques. Par ailleurs, compte tenu des résultats du second indicateur et du

troisième indicateur qui sont loin d'être satisfaisants, **votre Rapporteur regrette à nouveau que les moyens consacrés à la lutte contre le VIH/SIDA ne soient pas renforcés.**

C.— LE FINANCEMENT DES AUTRES PLAN DE SANTE PUBLIQUE : UN SAUPOUDRAGE DES CREDITS

Votre Rapporteur regrette la multiplicité des financements de l'État et la limitation des dotations qui aboutit à un véritable saupoudrage des crédits en faveur des différents plans de santé publique. Ainsi, 7,17 millions d'euros sont consacrés à 7 sous-actions, soit en moyenne 1 million d'euros par sous-action. En réalité, ce sont plus généralement quelques centaines de milliers d'euros qui sont consacrés à ces plans, **la plus grande partie étant financée, comme il a été vu précédemment, par l'Assurance-maladie.**

Au total, depuis le début de la législature, 12 plans de santé publics ont été annoncés, ce qui équivaut de juillet 2002 à juillet 2005, **à l'annonce d'un plan tous les trois mois** ⁽¹⁾. Une telle profusion mériterait d'être saluée si elle aboutissait à un renforcement de la place de l'État en matière de santé publique. **Bien au contraire, cette situation conduit, en l'absence de moyens financiers adéquats et de priorités clairement définies, à un saupoudrage de quelques crédits d'études et d'animation.**

1.— Les autres maladies infectieuses

En 2005, les actions concernant les autres maladies infectieuses ont bénéficié de 271.518 euros, dont 226.518 euros au profit des services déconcentrés et 45.000 euros au niveau national. Le montant des dépenses décidées ou déjà engagées s'élève à 15.000 euros (subvention à l'association « Grandir »).

En 2006, la dotation de 57.453 euros, en forte baisse de 81,5 % par rapport à 2005, devrait permettre de financer le fonctionnement de la cellule nationale de référence des maladies de Creutzfeldt-Jacob (hôpital de la Pitié-Salpêtrière) et le plan de lutte contre la résistance aux antibiotiques.

2.— Les maladies cardio-vasculaires

Cette sous-action vise à réduire la première cause de mortalité en France (180.000 décès par an dont 25 % concernant des personnes de moins de 75 ans) par des actions de prévention, de suivi épidémiologique, d'éducation thérapeutique, d'organisation des soins notamment en matière d'accidents vasculaires cérébraux, d'infarctus et de mort subite. Ces crédits ont financé

(1) Le plan « pandémie grippale » qui constitue un plan d'alerte sanitaire a été exclu de cette liste. Sont donc concernés le plan cancer, le plan canicule, le plan autisme, le plan périnatalité, le plan Alzheimer, le plan santé mentale, le plan maladies rares, le programme national nutrition santé, le plan maladies chroniques, le plan national pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risques et des conduites addictives, le plan santé environnement, le programme national « hépatites virales »(2002-2005).

principalement l'élaboration et la diffusion de recommandations des sociétés françaises de cardiologie et neurologie à destination des professionnels de santé et du public pour améliorer la prévention secondaire des accidents vasculaires cérébraux et des complications de l'hypertension artérielle. **286.691 euros ont été attribués en 2005 et une dotation de 199.901 euros est prévue en 2006, soit une baisse de 28,6 %.**

3.– Le plan national stratégique maladies rares

Le plan national relatif aux maladies rares (2005-2008) vise à assurer l'équité et la qualité de la prise en charge des malades. Il a notamment pour objectifs de diminuer l'errance diagnostique, d'améliorer l'information et la formation des professionnels de santé et le soutien aux associations de malades. On dénombre actuellement plus de 7.000 maladies rares, qui concernent près de 3 millions de personnes et qui ont des conséquences plus ou moins invalidantes.

En 2005, ce plan bénéficie de 728.944 euros. Sont financées les actions suivantes : une convention entre l'INSERM et la DGS pour la poursuite du développement de la base de données Orphanet (300.000 euros), le financement des appels d'offres lancés par le GIS maladies rares sur des études épidémiologiques, sur la qualité de vie et l'éducation thérapeutique (150.000 euros), la conférence de consensus sur la sclérose latérale amyotrophique (15.000 euros) et les subventions aux associations pour les actions du plan relatives à l'éducation thérapeutique et à la formation des personnels de santé (105.000 euros). Des crédits atteignant 100 000 euros n'ont pas été utilisés. **En 2006, il est prévu une dotation en baisse de 5,48 %, soit 690.000 euros.**

4.– Les autres pathologies non infectieuses

Cette sous-action vise notamment à soutenir le dépistage de certaines déficiences sensorielles dont les troubles visuels, de certaines pathologies lourdes ne relevant pas d'autres actions dont les maladies neuro-dégénératives en particulier. En 2005, 344.126 euros ont été ouverts. Sur 122.000 euros de crédits centraux, seuls 50.000 euros ont été consommés ⁽¹⁾. **Le projet de budget prévoit une dotation de 253.400 euros en 2006.**

5.– La santé mentale

Une personne sur quatre développe au cours de sa vie un trouble en santé mentale. Chaque année, en France, 160.000 personnes font une tentative de suicide et 11.000 en meurent. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la route et la première cause de mortalité chez les 25-34 ans. Il s'agit de promouvoir la santé mentale, de repérer précocement les troubles mentaux, notamment chez les enfants et les adolescents, d'améliorer la

(1) Sur les 72 000 euros restant, 10 000 sont réaffectés à la sous-action « Maladies musculo-squelettiques » et 62.000 euros à l'action.

prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes de ces troubles et enfin de favoriser la qualité des pratiques et la recherche en psychiatrie. Ces orientations figurent dans les cinq axes de travail du plan psychiatrie et santé mentale.

En 2005, cette sous-action a bénéficié de 5,24 millions d'euros, dont 682.274 euros au niveau central. Sont en particulier conduites des actions de formation au repérage des troubles psychiques chez les enfants et les jeunes. Sont également mises en place en régions des formations pluridisciplinaires à la crise suicidaire. Les crédits servent également à l'élaboration de guide-répertoire sur les acteurs locaux de la prévention du suicide. Enfin, un soutien financier est apporté aux associations nationales œuvrant dans ce champ. **Un budget de 5,8 millions d'euros est prévu en 2006.**

6.— La santé bucco-dentaire

Cette sous-action repose sur l'amélioration de la connaissance de l'état de santé bucco-dentaire, la mise en œuvre d'actions spécifiques de prévention et d'éducation destinées à prévenir l'apparition des caries en particulier chez les jeunes et à faciliter l'accès au dépistage et aux soins en particulier en direction des autres groupes à risque spécifique. En 2006, 177.326 euros sont prévus, comme en 2005.

IV— L'ACTION « QUALITE DE VIE ET HANDICAP »

Le budget de l'action « Qualité et vie et handicaps » devrait s'élever, en 2006, à 6,3 millions d'euros d'autorisations d'engagement, soit une augmentation de 62,8 % par rapport à 2005, et à 6,12 millions d'euros de crédits de paiement, soit une hausse de 57,9 % par rapport à 2005. **Cette hausse doit être relativisée par la faiblesse des moyens consacrés à cette action : elle ne bénéficiera, en effet, de seulement 2,43 millions d'euros d'autorisations d'engagement et 2,24 millions d'euros de crédits supplémentaires en 2006.**

Outre une subvention de 2,34 millions d'euros à l'INPES, cette action finance l'ensemble des politiques destinées à améliorer la qualité de vie des personnes malades ou connaissant un handicap, notamment le plan « santé périnatale », le plan « maladie Alzheimer et maladies apparentées », le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et le plan relatif aux soins palliatifs. **Encore une fois, la multiplicité des plans de santé publique mis en place par le Gouvernement aboutit, compte tenu de la faiblesse des moyens financiers dont dispose le ministère de la Santé, à un saupoudrage des crédits et à un financement essentiellement assuré par l'assurance-maladie.**

Par ailleurs, votre Rapporteur regrette que cette action ne fasse l'objet d'aucune évaluation dans le projet annuel de performance.

1.– La santé périnatale et les problèmes liés à la reproduction et au développement

En 2005, le plan « Santé périnatale et problèmes liés à la reproduction et au développement » met en œuvre, pour un montant total de 228.112 euros, les actions suivantes :

– la refonte du carnet de santé maternité, qui est une mesure inscrite dans le plan périnatalité 2005-2007, le fonctionnement du comité national d'experts sur la mortalité maternelle chargé d'analyser les cas de mortalité maternelle ;

– la subvention à l'association « DES France » (venant en aide aux victimes du distilbène) ;

– et la mise en œuvre des recommandations du comité technique national sur l'échographie de dépistage prénatal en matière de qualité de l'échographie fœtale.

L'objectif de cette sous-action est également de diminuer le nombre des grossesses non désirées ainsi que d'IVG. Au titre de l'année 2005, 250.000 euros ont été mobilisés en Administration centrale, visant, d'une part, à subventionner des associations, têtes de réseaux qui mènent des actions d'information et de formation auprès des professionnels de santé sur la thématique contraception, d'autre part, à réaliser des études sur les pratiques contraceptives.

Le solde des crédits, soit 1,56 million d'euros, a été déconcentré et a servi à assurer la diffusion des recommandations de l'ANAES pour la pratique clinique « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » aux professionnels concernés, impulser et soutenir tout type d'action (information, formation, création de supports...) concourant à l'amélioration des pratiques des prescripteurs dans ce domaine, en lien avec les commissions régionales de la naissance, les URML, les associations de formation continue et assurer la diffusion d'informations relatives au dispositif IVG en ville tant en direction des professionnels que du public.

Le projet de loi de finances pour 2006 prévoit une dotation de 1,65 million d'euros.

Il est envisagé de financer, à hauteur de 400.000 euros, la poursuite des actions suivantes : l'amélioration du suivi épidémiologique des conséquences de l'exposition *in utero* au distilbène et la reconduction de la subvention à l'association DES France, une étude sur les difficultés rencontrées par les femmes atteintes de maladies chroniques (hépatite, VIH) dans le domaine de la reproduction et le développement d'outils d'information pour les femmes enceintes, en lien avec l'INPES et les régions – ces deux dernières mesures s'inscrivant dans le droit fil du plan périnatalité.

Par ailleurs, des crédits de 1,25 million d'euros permettront de développer des actions d'information sur la contraception en direction de la population et, plus particulièrement, de certaines populations en déficit d'information (adolescents ou personnes en situation de vulnérabilité), d'améliorer l'accessibilité à la contraception, d'améliorer les pratiques des professionnels de santé et favoriser la recherche et les échanges européens pour améliorer nos connaissances.

2.– La santé de l'enfant et les troubles de l'apprentissage

En 2005, une dotation de 253.212 euros a permis la mise en place de l'évaluation du plan national de lutte contre les troubles des apprentissages du langage oral et écrit et de poursuivre l'étude du dépistage de ces troubles chez l'enfant en classe de maternelle et de former des formateurs au repérage de ces mêmes troubles. De plus, des travaux ont été menés afin de définir, d'éditer et de diffuser aux conseils généraux les nouveaux carnets de santé et certificats de santé de l'enfant à compter du 1^{er} janvier 2006.

3.– Les maladies chroniques

Le plan « maladies chroniques » concerne notamment le diabète et les maladies endocriniennes, les maladies rénales et les maladies du sang, les maladies musculo-squelettiques, les autres maladies chroniques et maladies aéro-respiratoires.

En 2005, **848.000 euros** ont été accordés aux actions suivantes :

– 132.000 euros ont été consacrés à promouvoir l'éducation thérapeutique et le dépistage des lésions des pieds et des yeux chez les diabétiques sur divers sites et régions français en vue d'une généralisation future ;

– 60.000 euros pour réaliser une étude de prévalence de l'ostéoporose en France ;

– 70.000 euros pour délivrer une information sur le dépistage et la prévention en matière d'insuffisance rénale chronique ;

– 160.000 euros ont été accordés à des actions d'information et de prévention sur la broncho-pneumopathie chronique obstructive dans le cadre notamment de la campagne nationale de la mesure du souffle et pour l'évaluation des écoles de l'asthme

– 78.000 euros pour la réalisation de diverses actions concernant les maladies inflammatoires de l'intestin, l'organisation de colloques sur les maladies chroniques et la définition de l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques dans le cadre de la préparation du plan national stratégique pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ;

– et 348.000 euros pour diverses actions en matière de formation de patients formateurs dans le cadre de l'éducation thérapeutique des pathologies chroniques.

4.– La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées

Le plan Alzheimer a bénéficié en 2005 de 314.692 euros. Il a permis la mise en place d'un certain nombre d'actions dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'organisation de colloques éthiques, la mise en place d'une formation via l'université virtuelle de médecine et enfin la mise en œuvre d'un observatoire de recherche.

Votre Rapporteur regrette le manque de moyens consacré à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. En effet, dans un rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, réalisé au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, la députée Cécile Gallez constate l'augmentation préoccupante de personnes concernées : 856.000 personnes sont aujourd'hui touchées par la maladie et on observe 225.000 nouveaux cas par an. En 2020, la France pourrait compter plus de 1,2 million de malades. Les dépenses annuelles s'élèvent à 8,9 milliards d'euros, dont 2,4 milliards d'euros financés par l'Assurance-maladie, 2,1 milliards d'euros par les conseils généraux et 4,4 milliards d'euros par les familles. Compte tenu de l'ampleur du coût et du nombre de personnes touchées, les 314.692 euros versés par l'État en 2005 semblent grandement insuffisants, même si l'intervention de l'État ne concerne que des actions d'information et de formation dans les EHPAD.

5.– La douleur et les soins palliatifs

Ces deux actions sont présentées de manière conjointe car des formations pour la prise en charge de la douleur et le développement des soins palliatifs ont été mises en place dans les EHPAD. **En 2005, ces actions ont bénéficié de 547.822 euros.**

CHAPITRE III.— LE PROGRAMME « OFFRE DE SOINS ET QUALITE DU SYSTEME DE SOINS »

Le programme « Offre de soins et qualité du système de soins » regroupe les crédits consacrés au pilotage du système de santé et à la qualité du système de soins (budget des agences régionales de l'hospitalisation, de la Haute autorité en santé, etc.). **En 2006, il devrait être doté de 100,81 millions d'euros d'autorisations d'engagement, soit une baisse de 3,41 % et de 102,38 millions d'euros de crédits de paiement, soit une baisse de 10,48 %.** À périmètre constant – hors transfert des dépenses de formations paramédicales – ses crédits progressent de 10,3 % pour les autorisations d'engagement et de 1 % pour les crédits de paiement.

Au sein du programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales », la sous-action « gestion du programme "offre de soins et qualité du système de soins" » est dotée de 112,76 millions d'euros et de **2.049 équivalents temps plein travaillé.**

I.— L'ACTION « NIVEAU ET QUALITE DE L'OFFRE DE SOINS »

La dotation de l'action « niveau et qualité de l'offre de soins » devrait s'élever à 70,11 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement, soit une baisse de 13,43 % par rapport à 2005. Cette baisse résulte néanmoins du transfert aux régions, opérée en 2005, du financement des instituts de formation des professionnels paramédicaux et de sages-femmes et des bourses.

A.— LES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT

Les crédits de fonctionnement de cette action devraient s'élever à 4 millions d'euros, tant en autorisations d'engagement qu'en crédits de paiement. Ils se décomposent en moyens consacrés à l'organisation de concours nationaux de la fonction publique hospitalière (praticiens des établissements publics de santé, épreuves nationales classantes, internats d'odontologie, de médecine du travail, de pharmacie, internat à titre étranger, directeur d'établissement, attaché d'administration hospitalière) et à la réalisation d'études et de projets ou à l'achat de prestation réalisés par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

1.— L'organisation des concours de la fonction publique hospitalière

La tenue des concours de la fonction publique hospitalière sera financée par une dotation de 2,55 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement en 2006. Ce budget devrait financer les dépenses occasionnées par :

– l’organisation des épreuves qui recouvrent des prestations diverses parfois assurées par un même prestataire (location de salles, signalétique et étiquetage des tables, gestion de la convocation des candidats), la surveillance des épreuves et la mise à disposition du jury d’un secrétariat ;

– les frais d’impression ;

– ainsi que le transport et le stockage sécurisés des copies.

Le tableau suivant retrace la répartition des crédits :

**FINANCEMENT DES CONCOURS
DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE**

(en millions d’euros)

Objet	Coût
Organisation des épreuves	1,99
Imprimerie	0,38
Transports et stockage des copies	0,18
Total	2,55

Source : projet annuel de performance

2.– Les études et l’achat des prestations

Les crédits de fonctionnement réservés à la réalisation d’études et de projets ou à l’achat de prestations s’élèvent à 1,45 million d’euros d’autorisations d’engagement et de crédits de paiement.

Ils permettent le recours à des intervenants extérieurs. Il s’agit de consultants, en vue d’une aide pour la conduite de différents projets (nomenclatures d’activité des établissements sanitaires et sociaux, études comparées sur les systèmes de soins à l’étranger, évaluations des politiques par exemple) ou d’experts, pour l’assistance à la définition et mise en œuvre de projet (développement du système d’information partagé entre ARH, hôpitaux et DHOS, système d’information des urgences, architecture des radiocommunications, etc.). Enfin, une partie de ces crédits est destinée à la passation de convention (avec l’Association française de normalisation par exemple dans le cadre de la normalisation) ou encore de l’achat de prestations diverses comme la publication au bulletin officiel des annonces de marchés publics.

La répartition des crédits est rappelée dans le tableau suivant :

DEPENSES D'ETUDES ET DE PRESTATIONS

(en euros)

Objet	Nombre de jours travaillés	Coût unitaire	Coût total
Consultants	610	985	600.850
Assistance de projets	435	1.240	539.400
Autres	–	–	313.894
Total	–	–	1.454.144

B.– LA FORMATION INITIALE DES INTERNES ET L'ANNEE RECHERCHE

1.– La formation médicale initiale des internes

Les crédits destinés à la formation médicale des internes sont délégués aux services déconcentrés de l'État pour financer :

– *les stages extra-hospitaliers des internes en médecine et en pharmacie.* Dans certaines spécialités, ces stages sont obligatoires. Les dépenses correspondantes font l'objet d'un remboursement aux centres hospitaliers universitaires soit par l'organisme d'accueil, soit, lorsqu'il s'agit d'un stage dans une structure publique ou participant au service public, par le budget du ministère chargé de la santé ;

– *les stages des résidents en dehors du milieu hospitalier.* L'allongement récent à six semestres de la durée de la formation des futurs médecins généralistes répond à un objectif d'amélioration de la qualité de cette formation. Les semestres complémentaires sont encadrés par des médecins généralistes qui souhaitent s'impliquer dans l'enseignement de leurs jeunes confrères et reçoivent, à cet effet, une formation pédagogique ainsi que des honoraires spécifiques ;

– *et les rémunérations des résidents en stage.*

Les crédits consacrés à ces postes de dépenses, après avoir connu une relative stabilité de 1998 à 2001, ont progressé en 2003. En 2002, le gouvernement précédent avait décidé la débudgétisation de la rémunération des stages pratiques des résidents ainsi que des honoraires pédagogiques versés aux maîtres de stage pour un montant total de 35,3 millions d'euros, la charge de ces stages devant être supportée par l'assurance maladie, *via* la dotation globale hospitalière.

Depuis 2003, ces stages et honoraires sont de nouveau à la charge de l'État, comme le montre le tableau suivant :

STAGES EXTRA-HOSPITALIERS DES RÉSIDENTS EN MÉDECINE

(en millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
LFI dont :	38,14	38,14	8,07	48,07	46,00	51,00
– stages extra-hospitaliers	6,67	6,67	8,07	8,07	n.c.	n.c.
– honoraires pédagogiques	6,08	6,08	⁽¹⁾	8	n.c.	n.c.
– rémunération résidents	25,39	25,39	⁽¹⁾	32	n.c.	n.c.
Reports	0,14	0,4	0,22	0	n.c.	n.c.
LFR année antérieure	9,44	4,57		12	n.c.	n.c.
Transferts internes	0,15				n.c.	n.c.
Total des crédits disponibles	47,87	43,11	8,07	60,07	n.c.	n.c.
Demandes des services déconcentrés	62,63	73,02	39,51	72,96 ⁽²⁾	n.c.	n.c.
dont dettes cumulées	14,75	29,9	32,65	35,55 ⁽³⁾	n.c.	n.c.
Insuffisances	–	–	–	12,89 ⁽²⁾	n.c.	n.c.

(1) Transfert vers l'assurance maladie

(2) au 15 juillet

(3) au 31 décembre 2002

Source : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Au 1^{er} janvier 2004, la dette cumulée de l'État, sur ce chapitre, a été réduite à **12,95 millions d'euros**, traduisant la première diminution significative du niveau de celle-ci depuis plus de 7 ans. Compte tenu des crédits disponibles au titre de l'exercice 2004 (LFI 2004 ; LFR 2003 ; reports 2004 ; gels 2003) et des besoins exprimés par les services déconcentrés (dettes et exercice), la dette devrait être quasiment remboursée à 1,91 million d'euros près. L'instauration d'un semestre supplémentaire de formation pour les internes de médecine générale va conduire toutefois à une augmentation des charges supportées par le dispositif et devra, à ce titre, faire l'objet d'une attention particulière aux fins de consolidation du chapitre.

En 2005, les crédits ouverts sur le chapitre se sont élevés à 51 millions d'euros et la dette cumulée au 1^{er} janvier 2005 est de 5,83 millions d'euros. Votre Rapporteur regrette l'absence d'information sur l'exécution de ce budget en 2004 et 2005 et donc sur l'évaluation de la dette cumulée.

En 2006, une dotation de 50,99 millions d'euros est prévue, en fonction des financements suivants :

FINANCEMENT DE LA FORMATION MEDICALE INITIALE DES INTERNES

	nombre	Coût unitaire annuel <i>(en euros)</i>	Durée annuelle	Coût total <i>(en millions d'euros)</i>
Internes stages extra-hospitaliers	460	36.000	0,5	8,28
Internes 6ème semestre stages	505	36.455	0,5	9,20
Internes de médecine générale	1.581	36.000	0,5	28,46
Indemnités des maîtres de stage	1.581	6.396	0,5	5,05
Total				50,99

2.- Le déficit du financement de l'année-recherche se creuse

Le dispositif de « l'année-recherche » permet à des internes en médecine, pharmacie et odontologie d'acquérir, pendant un an, une formation à la recherche en préparant un diplôme d'études approfondies. Ce parcours apporte un supplément de qualité à leur formation, particulièrement utile à ceux d'entre eux, les plus nombreux, qui ne se destinent pas à la recherche. Chaque année, un arrêté cosigné des ministres chargés de la santé, de l'enseignement supérieur et du budget détermine le pourcentage d'internes susceptible de bénéficier d'une telle formation.

Les étudiants disposant d'une grande latitude pour choisir la date de réalisation de l'année-recherche au cours de leur internat, la consommation des crédits est assez irrégulière et fragilise les prévisions budgétaires. Les crédits obtenus en loi de finances pour 2003 ont diminué, après une période de stabilité, alors que l'on observe une montée en puissance des besoins, comme le montre le tableau suivant :

ÉVOLUTION DES DOTATIONS DE L'ANNÉE-RECHERCHE

(en millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
LFI	5,46	5,46	5,46	5,45	5,45	5,45
Reports	0,32	0,06	0,15	1,72	0,49	0,12
LFR de l'année précédente	1,13	—	—	—	2,9	0
Transferts internes	—	—	—	—	0,02	0
Total des crédits disponibles	6,91	5,52	5,61	7,17	8,86	5,57
Besoins au titre de l'année		8,27	8,37	10,69	9,69	—
Insuffisances		2,76	2,76	2,96	1,13	—

(1) estimation compte tenu des données transmises par les services déconcentrés au 23 juillet 2004

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

Les crédits obtenus en 2004, qui représentent 5,45 millions d'euros, illustrent le maintien à un niveau anormalement bas des crédits consacrés au dispositif. Parallèlement, il est observé une montée en puissance des besoins exprimés par les services déconcentrés se traduisant, au 1^{er} janvier 2004, par une dette à hauteur de 3,52 millions d'euros. Compte tenu des crédits inscrits en loi de finances rectificative 2003, le montant de la dette a pu être résorbé de façon significative en 2004 sans pour autant la liquider.

En 2005, malgré l'absence d'informations sur les besoins exprimés, on peut estimer que s'ils sont au même niveau que 2004, le déficit se creusera encore pour atteindre plus de 4 millions d'euros. En 2006, malgré le creusement du déficit, la dotation de 5,46 millions d'euros demeure à un niveau probablement inférieur aux besoins.

C.— LA HAUTE AUTORITE EN SANTE

L'article 35 de loi du 13 août 2004 relative à la santé publique a créé la Haute autorité de santé (HAS). Cette autorité à compétence scientifique vise à renforcer l'évaluation de l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie et à promouvoir la qualité des pratiques dans notre système de santé.

La loi a confié à cette autorité deux missions principales :

– évaluer et hiérarchiser le service attendu ou rendu des actes, prestations et produits de santé, contribuant ainsi par son expertise médicale et de santé publique au bien fondé et à la pertinence des décisions dans le domaine du remboursement ;

– et élaborer des recommandations sur les conditions de prise en charge de processus de soins globaux dans le cadre du traitement de certaines pathologies, notamment les affections de longue durée et veiller à la diffusion de référentiels de bonne pratique et de bon usage des soins auprès des professionnels de santé et à l'information du public dans ces domaines.

En matière de bon usage et de bonnes pratiques, la Haute autorité doit coordonner les travaux des agences spécialisées (AFSSAPS et ANAES) et veiller à la diffusion de référentiels directement utilisables par les professionnels de santé dans le cadre de leur pratique quotidienne.

La Haute Autorité de santé a été mise en place en 2005. Elle a été créée à partir de l'Agence nationale d'accréditation en santé (ANAES) et de la commission de transparence, de la commission d'évaluation des produits et prestations et du fonds de promotion de l'information médicale, dont la gestion est assurée par l'AFSSAPS.

Cette Haute autorité prend la forme d'une autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale. Elle est dirigée par un collège de huit membres. Celui-ci exerce l'ensemble des missions autres que celles qu'il délègue à des commissions spécialisées La commission de la transparence (médicaments), la commission d'évaluation des produits et prestations (dispositifs médicaux et autres produits de santé) et le Haut comité médical de la sécurité sociale (affections de longue durée) sont devenues trois des commissions spécialisées de la Haute autorité. Une nouvelle commission assure l'évaluation des actes des professionnels de santé.

Votre Rapporteur regrette l'absence de toute information dans le projet annuel de performance et déplore qu'aucune réponse à son questionnaire budgétaire sur ce sujet n'ait été fournie. Il s'interroge, en outre, sur les raisons conduisant à ne pas considérer la Haute autorité en santé comme un opérateur.

En 2005, la HAS a bénéficié d'une dotation de l'État de **10,1 millions d'euros**. Son budget global, comprenant la dotation de l'Assurance-maladie et ses ressources propres, a été de **60 millions d'euros**. **Compte tenu de la montée en puissance progressive de l'organisme, seuls 70 % des crédits devraient être consommés. Elle emploie 360 collaborateurs permanents.**

En 2006, la Haute autorité devrait bénéficier d'une dotation de 9,65 millions d'euros, en baisse de 4,4 %, malgré la montée en puissance son activité.

Elle devrait débiter de nouvelles activités : l'accréditation des médecins, la certification des sites dédiés à la santé et à l'aide à la prescription médicale et la certification des visites médicales.

II.- L'ACTION « ACCESSIBILITE DE L'OFFRE DE SOINS »

L'action « accessibilité de l'offre de soins » devrait être dotée de 1,22 million d'euros tant en autorisations d'engagement qu'en crédits de paiement, soit une **baisse de 5,80 % par rapport à 2005**. Elle comprend le financement d'une partie du dispositif de télémédecine dans le cadre des contrats de plan État-régions (1,06 million d'euros), et le soutien au développement des réseaux de santé (0,15 million d'euros).

A.- UNE SIMPLE RECONDUCTION DES MOYENS ALORS QUE LA TELEMEDECINE DOIT ENCORE SE DEVELOPPER

Dans le cadre des contrats de plan État-Régions 2000-2006, 9 régions (Bourgogne, Champagne-Ardenne, Basse-Normandie, Haute Normandie, Midi-Pyrénées, Nord Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire et Poitou-Charentes) mènent des actions de développement de la télémédecine avec le concours financier de l'État.

Les types d'actions favorisées dans le cadre du développement des réseaux de télésanté sont les études de faisabilité, l'aide à l'implantation technique, les coûts de mise en œuvre des réseaux, la formation des personnels techniques et des utilisateurs ainsi que l'évaluation et couvrent des champs divers comme la cancérologie, la périnatalité ou le développement de réseaux d'imageries. Des conventions sont établies chaque année entre l'État et les directeurs des établissements hospitaliers concernés par les projets de télémédecine mis en œuvre.

Votre Rapporteur ne dispose malheureusement d'aucune information sur la mise en œuvre de la télémédecine en 2005. En 2004, la progression du développement de la télémédecine se maintient. Parallèlement, la pratique de la visioconférence continue à progresser et l'on assiste au partage des équipements au sein des structures hospitalières quelles que soient les disciplines médicales. En 2003, ce sont 1.056 structures de soins qui télétransmettent des informations multimédia, contre 260 en 1997. En 1997 on ne dénombrait que 168 applications, en 2003 elles se chiffrent à 398.

Les actions engagées dans toutes les régions seront poursuivies et de nouveaux projets concernant la télépsychiatrie, la mise en œuvre de la télésanté dans les établissements pénitentiaires, les applications en cancérologie, en périnatalité, et plus largement « l'imagerie » sont prévus. Est également programmée la mise en œuvre de portails régionaux ou de plates-formes régionales pouvant accueillir plusieurs réseaux et permettant ainsi le partage d'informations médicales nominatives dans le respect de la déontologie et des droits du patient.

En 2005, la télémédecine a bénéficié de 1,069 million d'euros. En 2006, une dotation de 1,068 million d'euros est prévue, soit une baisse de 0,1 %.

B.— LE SOUTIEN AU DEVELOPPEMENT DES RESEAUX DE SANTE

En conformité avec la politique du ministère de la santé pour le développement des réseaux de santé, des crédits sont prévus pour apporter un soutien financier aux acteurs contribuant à ce développement, notamment par leur action auprès des professionnels de santé et leur soutien apporté aux promoteurs de réseaux. La Coordination nationale des réseaux (CNR), en raison du rôle important qu'elle tient en matière d'animation et de promotion en ce domaine, bénéficie en premier lieu ce soutien, à hauteur, en moyenne, de 120.000 euros. Par ailleurs, 30.000 euros sont réservés pour des actions ponctuelles.

III.— L'ACTION « SOUTIEN »

L'action « soutien » devrait bénéficier de **29,48 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de 31,05 millions d'euros de crédits de paiement en 2006**. Outre les crédits de fonctionnement destinés à financer les

frais de justice, à hauteur de 875.000 euros, cette action comprend essentiellement les subventions pour charge de service public des différents opérateurs du programme : l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), le groupement d'intérêt public « Carte professionnelle de santé » et les 26 Agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

En outre, une dotation de 6,65 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de 8,22 millions d'euros de crédits de paiement, sous forme de subventions d'investissement, est prévue en faveur des collectivités d'outre-mer (Nouvelle-Calédonie, Polynésie française et Wallis-et-Futuna). Ces subventions devraient concourir à la réhabilitation d'établissements de santé ou à l'édification de nouveaux bâtiments.

A.- L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

Créée par le décret n° 2000-1282 du 26 décembre 2000, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation est un établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre de la Santé. Son siège est à Lyon et elle dispose d'une antenne à Paris.

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a pour missions principales :

- la mise en œuvre des différents systèmes d'information sur le secteur de l'hospitalisation, c'est-à-dire les systèmes nécessaires à l'analyse des moyens et des activités des établissements de santé publics ou privés sur la base des informations que ces derniers doivent transmettre à l'État et aux Agences régionales de l'hospitalisation ;

- l'accessibilité aux tiers de ces systèmes d'information ;

- et la participation à l'élaboration des nomenclatures de santé.

L'agence assure donc la maîtrise d'œuvre technique du programme de médicalisation du système d'information (PMSI), notamment, par la consolidation et la fourniture des données du PMSI au niveau national, la réalisation d'outils logiciels assurant la production, le traitement et le contrôle des données du PMSI, et les développements informatiques du système d'information « parhtage » (parhtage.sante.fr).

Son budget est cofinancé pour un tiers par l'État et pour deux tiers par l'Assurance Maladie (article 4 de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002).

S'agissant de l'exécution budgétaire en 2004, les crédits de fonctionnement ont été consommés à hauteur de 93,32 %. Les charges de personnel représentent 63 % des charges de fonctionnement. Le taux de réalisation

de ces dépenses, soit 95,65 %, reflète l'étalement de la prise en charge par l'ATIH de l'ensemble des personnels. Les dépenses de fonctionnement soit 27 % des charges de fonctionnement ont été réalisées à 88 %. Le taux d'exécution de la section D'investissement est de 49,52 %. Le fonds de roulement net à la clôture de l'exercice 2004 s'établit à 2,822 millions d'euros.

En 2005, le budget de l'ATIH s'élève à 6,211 millions d'euros.

BUDGET DE L'ATIH EN 2005

(en millions d'euros)

Ressources		Dépenses	
Subvention État	1,057	Personnel	3,283
Contribution de sécurité sociale	2,114	Fonctionnement	1,517
Subvention FMES	0,200	Investissement	1,116
Autres ressources	0,849	Autres	0,295
Reprise sur fonds de roulement	1,990		
Total	6,211	Total	6,211

Le personnel de l'ATIH comprend les emplois suivants :

EMPLOIS DE L'ATIH

Catégories d'emplois	Effectifs
Catégorie A+	31
Catégorie A	10
Catégorie B	5
Total des emplois budgétaires	46

Le fonds de roulement de l'ATIH s'établit à 2,822 millions d'euros à la fin de l'exercice 2004. Le prélèvement opéré au budget primitif 2005 est de 1,983 million d'euros. Le fonds de roulement s'établit à 0,831 million d'euros fin 2005.

En 2006, la subvention de l'ATIH prend en compte la nécessité de financer :

– les mesures relatives à l'évolution des traitements qui s'élèvent à 0,07 million d'euros ;

– et la création d'au moins 2 emplois. Ces nouveaux emplois doivent permettre à l'ATIH de faire face aux travaux relatifs à la tarification à l'activité ;

En outre, la subvention a été calculée en fonction des ressources propres constantes, évaluées à 0,950 million d'euros.

Par ailleurs, un prélèvement sur fonds de roulement de 0,218 million d'euros permettra d'équilibrer le budget de l'établissement en 2006 et assurera ainsi partiellement un autofinancement de l'établissement.

Compte tenu de la clé de répartition en vigueur, l'État finance un tiers des ressources de l'établissement avec une subvention qui devrait s'élever en 2006 à 1,557 million d'euros.

B.- LE GROUPEMENT D'INTERET PUBLIC « CARTE PROFESSIONNELLE DE SANTE »

Le projet « SESAM-Vitale » comprend quatre composantes :

– une carte à puce d'assurance maladie, « Vitale », carte familiale qui se substitue au support papier, et doit devenir individuelle ;

– une carte de professionnel de santé qui habilite le praticien libéral à remplir une feuille de soins électronique et à accéder aux différents services du « réseau santé social » ;

– le système électronique de saisie de l'assurance maladie (SESAM) qui permet la lecture des deux cartes (celle de l'assuré et celle du professionnel) ;

– et le réseau « santé social » sécurisé qui permet de transmettre directement les factures aux régimes d'assurance maladie obligatoire.

Fin juillet 2004, le nombre total de professionnels de santé qui télétransmettent (essentiellement ceux qui ont signé des accords conventionnels intégrant une aide financière à la télétransmission avec les caisses : les médecins, pharmaciens, masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes et les laboratoires d'analyses), était de 192.000, soit une augmentation de 16 % par rapport à l'année précédente.

Avec près de 200.000 professionnels connectés, plus de 70 millions de feuilles de soins électroniques reçues par mois, le système SESAM-Vitale assure la remontée de plus de 60 % des 1,3 milliard de feuilles de soins (FSE) traitées annuellement par l'Assurance-maladie. La montée en charge se poursuit mais désormais à un rythme plus lent : on estime que le taux de télétransmission devrait se stabiliser d'ici 2008 autour de 80 %. Cette participation importante des professionnels de santé résulte notamment des aides financières importantes (aide à l'acquisition, aide à la maintenance, subvention au nombre de feuilles de soins électroniques, aide à la télé mise à jour des cartes, etc.) qui représentent une dépense annuelle de 65 millions d'euros en 2003 et de 70 millions d'euros en 2004.

Votre Rapporteur regrette l'absence d'informations du ministère de la Santé sur le projet « SESAM-Vitale » en 2005 et sur la mise en place de la carte vitale 2 qui est prévue en 2006.

Les crédits inscrits pour 2005 se sont élevés à 653.500 euros, soit la reconduction de la subvention de 2004, à laquelle s'est ajoutée une dotation de 200.000 euros pour financer le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et une dotation de 80.000 euros pour le financement des dépenses relatives

à l'observatoire de la démographie. Ces financements sont assurés par une contribution de l'État, pour un tiers des dépenses, les deux tiers restant étant apportés par les autres partenaires, dont la CNAMTS.

En 2006, est prévue une dotation de 768.500 euros.

C.- LES AGENCES REGIONALES DE L'HOSPITALISATION

1.- Le budget des agences régionales de l'hospitalisation

Mises en place en 1997, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) sont des groupements d'intérêt public financés par le budget de l'État et des contributions des principaux régimes d'assurance maladie. Les contributions des membres du GIP peuvent prendre une forme financière ou celle d'une mise à disposition de personnels, de locaux ou de matériel. Le montant global des contributions financières versées aux agences s'élève à 28,26 millions d'euros pour 2005 dont 19,21 millions d'euros au titre de la subvention versée par l'État et 3,21 millions d'euros de contributions des régimes d'assurance maladie au titre de leurs apports au groupement d'intérêt public.

Les agences bénéficient par ailleurs de crédits spécifiques, d'un montant global de 5,41 millions d'euros, financés sur le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés. Ces crédits sont utilisés pour constituer en leur sein, d'une part, une cellule régionale d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé et, d'autre part, une mission régionale d'appui à l'investissement hospitalier, leur permettant ainsi de s'adjoindre les experts indispensables à la mise en œuvre du programme d'investissement et de modernisation des établissements de santé.

Le montant de la subvention de l'État est resté identique en 2005 à celui de 2004, soit 19,21 millions d'euros.

Les frais de personnel constituent l'essentiel des dépenses de fonctionnement des agences. Pour l'année 2005, ce poste s'élève à près de 20,95 millions d'euros soit, en moyenne, 72 % environ du budget de fonctionnement des ARH. Les agences disposent d'un personnel propre qui comprend des fonctionnaires relevant de la fonction publique de l'État, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière placés en position de détachement, des agents mis à disposition par les parties à la convention constitutive et, à titre subsidiaire, des agents contractuels. L'équipe propre, dite aussi équipe rapprochée, est réduite : elle comporte de cinq à vingt personnes, directeur inclus. Actuellement, **315 personnes, au total, sont employées au sein des ARH, y compris les 26 directeurs.** Parmi les 289 collaborateurs directs de ceux-ci, 239 sont rémunérés sur le budget des agences et 50 sont mis à disposition par l'Assurance-maladie au titre des apports prévus par les conventions constitutives.

De plus, les services départementaux et régionaux de l'État, de la CRAM et de l'échelon régional du contrôle médical compétents en matière sanitaire et dont l'intervention est nécessaire à l'exercice des pouvoirs et des responsabilités des agences sont mis à leur disposition. L'effectif temps plein total théorique ainsi mis à disposition varie d'une cinquantaine de personnes dans les plus petites ARH à plus de 130 personnes dans les plus grandes.

Les agences ont poursuivi, en 2005, le processus concerté, entamé en 2004, d'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération qui a été profondément réformé par l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

Les SROS de troisième génération devront s'ordonner autour de quatre priorités :

- une meilleure évaluation des besoins de santé ;
- une plus grande prise en compte de la dimension territoriale ;
- une association plus étroite des établissements, des professionnels, des élus et des usagers ;
- et une véritable animation de leur mise en œuvre au sein de chaque territoire de santé.

En 2006, le budget des ARH devrait s'élever à 19,63 millions d'euros tant en autorisations d'engagement qu'en crédits de paiement, soit une légère hausse de 2,2 %.

L'évolution des dotations de l'État est rappelée dans le tableau suivant :

FINANCEMENT DES AGENCES REGIONALES DE L'HOSPITALISATION

(en millions d'euros)

Exécution 2004		LFI 2005		PLF 2006	
Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
19,21	19,21	19,21	19,21	19,63	19,63

2.– Le retard dans l'expérimentation des agences régionales de santé

Alors que la voie semblait ouverte à la constitution de véritables « agences régionales de santé » dont la compétence aurait débordé le seul champ hospitalier, la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique est venue complexifier le pilotage de la politique de la santé publique au niveau régional.

Le préfet est désormais chargé de concevoir la politique régionale de santé publique en déclinant les objectifs nationaux. Il a donc la responsabilité de la déclinaison régionale des plans nationaux. Les programmes, qui sont issus de cette déclinaison, sont regroupés dans un plan régional de santé publique.

Les régions peuvent cependant définir et conduire des programmes de santé spécifiquement régionaux, complémentaires de la politique portée par l'État. Par convention, elles peuvent également solliciter le concours du groupement régional de santé publique.

À terme, le groupement régional de santé publique (GRSP) a vocation à intégrer une future agence régionale de santé assurant à la fois les missions de santé publique et d'organisation des soins.

Le système mis en place par la loi relative à la santé publique a multiplié les structures et a complexifié la coordination locale des acteurs de la santé. Surtout, elle a manqué l'occasion de créer de véritables agences régionales de santé ayant des compétences au-delà du strict champ hospitalier.

Certes, dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le Gouvernement a prévu des expérimentations créant des agences régionales de santé en 2005. **Cependant, aucune expérimentation n'a été lancée en 2005 et aucun crédit n'est prévu pour des expérimentations en 2006.**

CHAPITRE IV : LE PROGRAMME « DROGUE ET TOXICOMANIE »

Le programme « Drogue et toxicomanie » comprend les moyens financiers de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) qui a pour mission d'animer, de coordonner les actions des ministères compétents ⁽¹⁾ en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008), qui mobilise 500 millions d'euros. Le programme s'appuie sur quatre opérateurs : Le GIP DATIS (Drogues alcool tabac info service) ⁽²⁾, le GIP OFDT (observatoire français des drogues et toxicomanies) ⁽³⁾ et le GIP CIFAD ⁽⁴⁾ (centre interministériel de formation antidrogue à Fort-de-France) et l'association Toxibase.

Ce programme devrait être doté de 37,33 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement, soit une baisse 1,85 % par rapport à 2005. Cette baisse est due au transfert des crédits des injonctions thérapeutiques sur le budget du programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales ».

Le nombre d'équivalents temps plein travaillé affectés au programme est de 37, pour un montant de 2,93 millions d'euros.

Rappelons que, dans le cadre de l'action « déterminants de santé », 13,29 millions d'euros sont prévus au titre de la lutte contre les autres pratiques à risque. Il s'agit de soutenir le réseau toxicomanie ville hôpital, les structures d'accueil pour toxicomanes en grande précarité (« sleep in/off »), les unités pour sortants de prison, les ateliers d'aide à l'insertion ainsi que des équipes mobiles de proximité. Il s'agit aussi de financer programmes d'échange de seringues et la mise à disposition de matériel d'injection stérile (trousse de prévention).

Votre Rapporteur s'interroge sur l'opportunité de la présentation des crédits relatifs à la lutte contre la drogue et la toxicomanie dans deux programmes différents. Certes, la MILDT a essentiellement une fonction de coordination, cependant elle bénéficie aussi des dépenses d'intervention. **Le transfert des crédits du programme « Santé publique et prévention » au programme « Drogue et toxicomanie » semble tout à fait nécessaire pour renforcer sa capacité d'intervention.**

(1) La lutte contre la drogue implique une vingtaine de départements ministériels.

(2) GIP interministériel de téléphonie sociale ayant pour vocation de conseiller et prévenir sur les consommations de substances psychoactives et de rappeler l'interdit

(3) GIP assurant la fonction d'observation des drogues et de diffusion des données

(4) GIP permettant la diffusion des pratiques de lutte contre le trafic dans une zone géographique prioritaire (la zone des Caraïbes)

A.— LA MILDT VOIT SON ACTION COMPROMISE PAR LA REGULATION BUDGETAIRE

1.— L'action de la MILDT

Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, adopté par le gouvernement le 16 juin 1999, était déjà arrivé à échéance en 2002. Le rapport de suivi de la Cour des comptes de 2001 avait constaté des améliorations sur la définition des objectifs, le pilotage, l'utilisation des crédits, même s'il reste quelques lacunes, notamment dans le domaine de la prévention et si des démarches amorcées doivent être poursuivies. La dernière recommandation portait sur la nécessité pour l'ensemble des ministères de généraliser une démarche d'évaluation externe des actions de lutte contre la toxicomanie.

C'est pourquoi, le **plan quinquennal proposé au Gouvernement par la MILDT et signé en juillet dernier, avec près de 10 mois de retard**, a privilégié une approche pragmatique qui devrait permettre de répondre à la progression et aux évolutions de la consommation de drogues, notamment chez les jeunes, par des réponses adaptées aux différents produits. **Encore faudrait-il que la MILDT se voit dotée des crédits nécessaires à son action, que les crédits votés soient effectivement disponibles et que le devenir même de la structure soit mieux assuré.**

Les crédits de la MILDT peuvent être répartis en six catégories :

– *la prévention*, via des crédits destinés à soutenir les actions des 14 ministères impliqués, afin de faciliter la mise en place d'actions expérimentales destinées à être éventuellement généralisées. Une part importante de ces crédits est déconcentrée et confiée aux chefs de projets départementaux « drogues et dépendances ». Les associations tête de réseau ont été également accompagnées par la MILDT pour les projets de prévention qu'elles ont présentés ;

– *la formation des professionnels*, à l'échelon déconcentré. La part des crédits transférés aux ministères pour soutenir la formation de leur personnel n'a pu être maintenue au niveau de 2002, compte tenu des gels budgétaires ;

– *les crédits de recherche*, essentiellement ceux de l'observatoire précité, lequel devrait être réorganisé pour devenir l'unique lieu de référence, non seulement dans le domaine des statistiques, des enquêtes épidémiologiques et des études, mais également de la recherche. Le dispositif d'enquêtes épidémiologiques régulières ainsi que les observatoires en temps réels des nouveaux modes de consommation seront stabilisés. Par ailleurs, la mission travaille à une collaboration plus étroite avec ses principaux partenaires afin de créer des réseaux européens de recherche ;

– *la communication et l'information*, jusqu'en 2002, date à laquelle l'enveloppe spécifique a été transférée à l'INPES ;

– *la prise en charge socio-sanitaire* des usagers de drogue et des consommateurs excessifs d'alcool sous main de justice. Elle est marquée par le prochain achèvement de la généralisation à tous les départements des conventions départementales d'objectifs entre les procureurs de la République et les DDASS afin que tous les usagers interpellés ou sortant de prison puissent faire l'objet d'une orientation sanitaire ou sociale : 95 départements ont mis en place ces conventions ;

– *et la réduction de l'offre et l'application de la loi*. Elle s'est traduite en 2003 par l'accompagnement des projets des ministères concernant la lutte contre les trafics, notamment dans les aéroports. Des actions internationales ont également été financées dans des zones sensibles (Colombie, Bolivie, Argentine et Venezuela).

Par ailleurs la MILDT a été chargée d'animer des groupes de travail interministériels sur l'évolution de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses.

Cependant, votre Rapporteur ne peut que regretter que les recommandations de la MILDT en 2004, portant sur la loi du 31 décembre 1970, n'aient pas été entendues par le Gouvernement, qui a préféré clore le dossier et ne pas réformer cette loi.

2.– Des crédits instables

En 2003, l'action de la MILDT avait été compromise par l'ampleur des gels de crédits. En effet, les crédits reportés de 2002 sur 2003 – pour cause de dégels trop tardifs en 2002 – qui s'établissaient à 9,06 millions d'euros, ont été gelés à hauteur de 8,84 millions d'euros, ce qui constitue un très regrettable précédent. Les dépenses certaines que ces crédits de reports devaient permettre d'honorer ont dû être couvertes par des crédits de l'exercice 2003. Par ailleurs, les décrets d'annulations du 14 mars et du 3 octobre 2003 ont représenté, sur cette ligne, un total de 3,5 millions d'euros. Un million d'euros seulement a été dégelé à temps pour être utilisés en 2003.

Ainsi, alors même que la dotation budgétaire de la mission inscrite en loi de finances pour 2004 était en baisse de plus de 16,5 % par rapport à 2002, les crédits réellement disponibles se montaient à seulement 28 millions d'euros en juillet 2004, en raison du gel de 10 millions d'euros de crédits. Si 6 millions d'euros ont été finalement dégelés fin juillet, 3 millions d'euros ont été annulés. Par ailleurs, les crédits du fonds de concours « produit des cessions de biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants »⁽¹⁾, gérés par la mission, qui ont représenté 596.000 euros en 2003, reportés intégralement sur l'exercice 2004, ont aussi fait l'objet d'un gel, levé très tardivement. Enfin, les arrêtés de transferts de crédits permettant le financement d'actions interministérielles ont aussi été publiés tardivement.

(1) rattachés au chapitre 47-16 de la section budgétaire « Santé, famille, personnes handicapées et solidarité ».

En 2005, un gel de 5,7 millions d'euros a été décidé en juillet. En octobre, 3,57 millions d'euros ont été annulés, soit 9,4 % de la dotation initiale. Ces mesures de régulations budgétaires devraient peser sur le réseau associatif national et sur la mise en œuvre de projets expérimentaux liés à la mise en œuvre du plan : la formation des équipes éducatives en vue de la généralisation du programme de prévention en milieu scolaire, la formation initiale et continue des enseignants prévue par convention avec l'IUFM et la formation des acteurs intervenant dans les consultations cannabis.

Il est regrettable que la MILDT subisse chaque année les affres de la régulation budgétaire. Elle ne peut pas mettre en œuvre une politique efficace de lutte contre la drogue et la toxicomanie si elle est amputée chaque année de 10 % de ses moyens ou si ceux-ci ne sont disponibles qu'en fin d'année.

B.— LE FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE EN 2006

1.— L'action « Coordination interministérielle des volets préventifs, sanitaires et répressifs »

L'action « Coordination interministérielle des volets préventifs, sanitaires et répressifs » devrait bénéficier, en 2006, de 30,63 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement, soit une baisse de 0,55 % par rapport à 2005.

Au niveau national, ces financements regroupent l'ensemble des outils communs nécessaires à la conduite des actions des ministères au service de la politique publique de lutte contre la drogue⁽¹⁾ ainsi que le financement des 4 opérateurs du programme que sont DATIS (Drogues, alcool, tabac info service), l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), le Centre interministériel de formation anti-drogues (CIFAD) et Toxibase.

Les priorités définies au niveau national sont relayées au niveau territorial par les chefs de projet qui coordonnent les actions des services déconcentrées sur l'ensemble du champ des drogues (conventions départementales d'objectif Justice-Santé, prévention, respect de la loi Évin et lutte contre le trafic de drogue).

En matière de communication, la MILDT prévoit l'organisation, avec les ministères régaliens, d'une campagne sur l'économie souterraine de la drogue et, avec la sécurité routière, d'une campagne sur les risques de la consommation de drogues licites et illicites au volant. Ces deux initiatives compléteront le volet sanitaire de la campagne cannabis réalisée en 2005 et renforceront la lisibilité de l'action publique.

(1) formations interministérielles, acquisition de matériel de pointe pour la lutte contre le trafic mutualisable à l'ensemble des services répressifs, programmes de recherche sur les grands axes du plan, constitution d'un réseau régional de Centres de Ressources sur les Drogues et Dépendances (CIRDD), actions de communication, etc.

Les financements prévus sont les suivants :

– *les dépenses de fonctionnement de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie*, soit 3,13 millions d’euros ;

– *les dotations aux quatre opérateurs*, à hauteur de 9 millions d’euros, soit une hausse de 1,9 % par rapport à 2005. Ces dotations permettent de financer les charges de personnel, soit 85 ETPT (5,43 millions d’euros), et le fonctionnement des structures (3,57 millions d’euros). La hausse concerne principalement le GIP CIFAD qui voit sa dotation croître de 0,11 million d’euros ;

– *les dépenses d’interventions de la MILDT*, soit 18,5 millions d’euros. Ces interventions comprennent un programme de recherche (1 million d’euros), le nouveau réseau régional des centres d’information et de ressources sur les drogues et les dépendances (2,8 millions d’euros) et la déclinaison au niveau départemental du « plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites » (14,7 millions d’euros).

FINANCEMENT DES OPERATEURS DU PROGRAMME « DROGUES ET TOXICOMANIE »

(en millions d’euros)

	LFI 2005	PLF 2006
Centre interministériel de formation anti-drogue	0,35	0,52
Association Toxibase	0,44	0,45
GIP DATIS	4,68	4,68
GIP OFDT	3,35	3,35

Source : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Le projet annuel de performance fixe comme objectif de « *mobiliser l’ensemble des administrations et partenaires autour des objectifs du plan* ». L’indicateur mesure la prise en compte des objectifs opérationnels du plan gouvernemental dans les stratégies de chaque ministère et de leurs services déconcentrés à travers la mise en œuvre des instructions nationales. Ce taux devrait être de 15 % en 2005 et de 30 % en 2006. **Le taux recherché est de 60 % en 2008. Votre Rapporteur se demande si cet objectif n’est pas trop ambitieux, compte tenu du taux constaté en 2004 qui est de 4 %.**

Le second objectif consiste à « *renforcer la cohérence de la politique publique au niveau central et territorial* ». Le premier indicateur associé évalue le degré d’articulation du plan quinquennal et des plans territoriaux avec les autres dispositifs nationaux et locaux (santé publique, prévention de la délinquance, sécurité routière, contrats de plan, politique de la ville...). Ainsi, selon les estimations, en 2006 seules 4 coopérations formalisées existeront au niveau national avec les principaux plans nationaux entrant dans le champ. Le second indicateur mesure l’effet de levier des financements de la MILDT. Ainsi, la part des crédits hors MILDT dans le financement des plans territoriaux MILDT devrait être de 50 % en 2006.

2.– L'action « Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi »

L'action « Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi » devrait être dotée de **5,5 millions d'euros en 2006.**

Ces financements permettent à la MILDT d'expérimenter sur quelques sites et pendant un laps de temps déterminé, pour le compte des ministères, de nouveaux modes de prévention, de rappel et de respect de la loi et de prise en charge sanitaire et sociale. Ceux-ci sont ensuite évalués pour être, si leur efficacité est démontrée, repris par le droit commun. Après l'expérimentation des consultations cannabis, qui ont été généralisées et reprises par l'assurance maladie, la MILDT va notamment expérimenter en 2006 la création de communautés thérapeutiques, la mise en place de programmes globaux et spécifiques « crack » à Paris et aux Antilles, et un programme sur les addictions en milieu carcéral. La MILDT va également lancer un appel à projet auprès du réseau associatif afin d'expérimenter de nouvelles approches de prévention et de respect de la loi, notamment dans les zones urbaines sensibles.

Le projet annuel de performance propose comme objectif « *d'améliorer la pertinence des dispositifs expérimentaux d'intervention* ». L'indicateur associé à cet objectif mesure le nombre de reprises de dispositifs expérimentaux jugés pertinents par d'autres administrations et partenaires. En 2006, trois dispositifs devraient être repris.

3.– L'action « Coopération internationale »

L'action « Coopération internationale » permet aux ministères de mieux se coordonner afin de mener des actions communes en matière de réduction de l'offre et de la demande dans certaines zones géographiques sensibles prioritaires. Elle devrait être dotée de 1,2 million d'euros.

L'objectif de cette action est « *d'améliorer la pertinence des échanges internationaux en matière de lutte contre les drogues* ». L'indicateur évalue la pertinence des actions coordonnées d'assistance technique dans les zones géographiques prioritaires. Ainsi, en 2006, le taux de reprise de projets coordonnés mis en place dans les zones prioritaires, par les États ou les organismes internationaux, devrait être de 20 %.

EXAMEN EN COMMISSION

Au cours de sa réunion du 2 novembre 2005, votre commission des Finances a examiné les crédits de **la mission « santé »**.

Votre Rapporteur spécial a rappelé que ce budget était pour la première fois présenté en format LOLF, et donc amputé, par rapport à celui qu'il a présenté l'an dernier, des crédits relatifs aux handicapés et aux personnes âgées.

En ce qui concerne l'exécution du budget 2005, si les crédits destinés au plan cancer ont été sanctuarisés, force est de constater que les annulations ont été importantes, en particulier pour le programme santé publique et prévention, avec 22,1 millions d'euros d'annulations, soit 10,57 % du total, et pour la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), avec 3,57 millions d'euros d'annulation, soit 9,39 % du total.

En 2006, le budget de la mission « Santé » s'élèvera à 409,21 millions d'euros en autorisations d'engagement, soit une progression de près de 16 %, et à 399,33 millions d'euros en crédits de paiement, soit une hausse de 10,06 %.

Plusieurs mesures ont modifié le périmètre du budget de la santé entre 2005 et 2006 :

– en vertu de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, plusieurs actions sanitaires exercées par les départements seront recentralisées au niveau national, à compter du 1^{er} janvier 2006. À titre conservatoire, 41,6 millions d'euros ont été inscrits au programme ;

– au titre des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues, 14,9 millions d'euros ont été transférés à l'assurance maladie ;

– 670 000 euros de crédits des injonctions thérapeutiques ont été transférés au programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales »

– la décentralisation de la formation paramédicale entraîne un transfert de 12,78 millions d'euros ;

– 4,5 millions d'euros en autorisations d'engagement ont été transférés à la mission « Politique des territoires » pour financer une action du programme « Intervention territoriale de l'État » ;

– le financement des investissements en faveur des services de santé outre-mer est, en partie, transféré sur le budget de la mission « Outre-mer » ;

– en revanche, ont été intégrés dans le budget de la mission « Santé », les crédits de la mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, soit une dotation de 2 millions d'euros, et le financement des épreuves classantes de l'Éducation nationale, soit 1 million d'euros

À périmètre constant, l'évolution du budget de la mission « santé » est donc de 12,24 % pour les autorisations d'engagement et de 6,61 % pour les crédits de paiement. Cette hausse tient essentiellement à la montée en puissance du plan Cancer qui bénéficie de 26 millions d'euros en autorisations d'engagement et de 23,37 millions d'euros en crédits de paiement supplémentaires. Mais, hors plan Cancer, les moyens de la mission « Santé », sont en quasi-stagnation, puisque les autorisations d'engagement progressent de 6,39 % et les crédits de paiement de 0,46 % seulement.

Cette mission se décompose en trois programmes :

– « Santé publique et prévention », doté de 271,07 millions d'euros en autorisations d'engagement ;

– « Offre de soins et qualité du système de soins », qui bénéficiera de 100,81 millions d'euros ;

– « Drogues et toxicomanie » qui sera doté de 37,33 millions d'euros.

La mission « Santé » ne comprend aucune dépense de personnel, l'ensemble des crédits de personnels intervenant dans le champ sanitaire et social étant inscrit dans le budget de la mission « Solidarité ». Cela a conduit votre Rapporteur spécial, de même que M. Richard Mallié pour la mission « Sécurité sanitaire », à formuler un certain nombre de remarques sur l'application de la LOLF en la matière. La mission ne comprend pas non plus de dépenses d'investissement, l'ensemble des investissements dans le secteur hospitalier ayant été transféré sur le budget de l'assurance-maladie. Le budget de la mission est donc essentiellement constitué de dépenses d'interventions, qui représentent 73 % des autorisations d'engagement et 72,4 % des crédits de paiement.

Le programme le plus important, « Santé publique et prévention » a pour finalité de concevoir et de piloter la politique de santé publique. Il amorce un certain nombre d'actions mais, budgétairement, le plan Biotox et la prévention des pandémies incombent désormais à l'assurance-maladie.

Ce programme est doté de 271 millions d'euros en autorisations d'engagement, l'augmentation de 23,4 % étant essentiellement due à la mise en œuvre du plan Cancer et à la recentralisation de certaines compétences en matière sanitaire.

L'action « Pilotage de la politique de santé publique » est dotée de 29,01 millions d'euros, soit une hausse de 24,5 %, essentiellement en raison de l'augmentation des crédits consacrés à l'Institut national de la prévention et de l'éducation en santé (INPES), dans un objectif de renforcement des actions territoriales. Il s'agira surtout de financer la mise en place des organismes relevant de la mise en œuvre de la loi de santé publique.

Outre la subvention à l'INPES, l'action comprend :

– les crédits relatifs au fonctionnement des dispositifs prévus par la loi relative à la politique de santé publique (Haut conseil de santé publique, Comité national de santé publique, Conférence nationale de la santé, préparation des plans régionaux de santé publique), soit 2,3 millions d'euros. Sont également menées des actions portant sur l'observation et l'analyse des évolutions de l'état de santé de la population ainsi que la programmation des actions de santé publique ;

– les crédits d'indemnisation, désormais déclinés par missions, sont dotés de 1,4 million d'euros ;

– le financement des structures associées au pilotage de la politique de santé publique – c'est-à-dire l'Union internationale de promotion et d'éducation pour la santé, la Société française de santé publique, les associations d'épidémiologistes, les actions de recherche en santé publique - est budgété à hauteur de 8,4 millions d'euros ;

– les 26 programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, bénéficient de 10 millions d'euros.

Les crédits de l'action « Déterminants de santé » baissent de 2,34 % en autorisations d'engagement et de 6 % en crédits de paiement. Il s'agit de dépenses d'intervention, destinées à la lutte contre les risques de l'alcool et du tabac, à la lutte contre les autres pratiques à risques comme la toxicomanie, à des actions de prévention des risques sanitaires environnementaux dans le cadre du plan national Santé-environnement, au plan Nutrition-santé ou au programme d'action contre les maladies cardio-vasculaires. Le rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé met en évidence l'insuffisance des moyens consacrés à la lutte contre l'obésité.

Une subvention de 7,42 millions d'euros est prévue pour l'INPES.

L'action « Pathologie à forte mortalité » doit bénéficier d'une augmentation de 36 %, essentiellement en raison de la montée en puissance du plan Cancer et de la recentralisation de certaines actions sanitaires. Hors changement de périmètre, la hausse n'est que de 20 % pour les autorisations d'engagement et de 13 % pour les crédits de paiement. Cette action finance principalement le plan Cancer, dont le budget de 95 millions d'euros se répartit entre une subvention de 45 millions d'euros à l'Institut national du Cancer et 49 millions d'euros de dépenses d'interventions, en particulier au profit du dépistage de certains cancers.

Cette action comprend aussi le financement de la lutte contre le VIH, de la lutte contre les hépatites, des actions destinées à la santé mentale et à la prévention du suicide et de l'ensemble des plans de santé publique, ainsi que le plan national stratégique « maladies rares. »

L'action « qualité de vie et handicaps », dotée de 6,3 millions d'euros, concerne, outre une subvention à l'INPES, le plan « santé périnatale », le plan « maladie Alzheimer et maladies apparentées », le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, les maladies liées au vieillissement et aux soins palliatifs, les actions concernant la santé de l'enfant et les troubles de l'apprentissage. Il s'agit essentiellement de crédits d'amorçage, mais il est très difficile d'évaluer le budget effectivement attribué à ces programmes, dans la mesure où c'est ensuite l'assurance-maladie qui prend le relais.

A périmètre constant, le programme « Offre de soins » est en hausse de 10,3 % pour les autorisations d'engagement et de 1 % pour les crédits de paiement.

L'action « Niveau et qualité de l'offre de soins » concerne l'organisation des concours de la fonction publique hospitalière, la formation initiale des internes et la subvention de la Haute Autorité de Santé. L'action « accessibilité de l'offre de soins » sera dotée de 1,22 million d'euros, soit une diminution de 5,8 %. Elle comprend le financement d'une partie du dispositif de télémédecine et le soutien au développement des réseaux de santé.

Outre les crédits de fonctionnement destinés à financer les frais de justice, l'action « Soutien » comprend essentiellement les subventions pour charge de service public des différents opérateurs du programme : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, groupement d'intérêt public « Carte professionnelle de santé », ainsi que les 26 Agences régionales de l'hospitalisation, dont les crédits devraient augmenter de 2,2 %. Aucun crédit ne semble inscrit pour l'expérimentation des agences régionales de santé, pourtant prévue par la réforme de l'assurance-maladie.

Bien que le programme « Drogue et toxicomanie » ait déjà fait l'objet d'annulations budgétaires, ses crédits diminuent encore de 1,85 %. Ses actions seront développées grâce à un certain nombre d'opérateurs : Centre interministériel de formation anti-drogue, Association Toxibase, etc. ...

M. Bernard Carayon a interrogé votre Rapporteur spécial sur la nature des missions financées dans le domaine des soins palliatifs et sur la forme que prenaient les concours de l'État en la matière.

Votre Rapporteur spécial a répondu que, dans ce domaine comme dans beaucoup d'autres, les actions ont été surtout amorcées par les crédits de la mission, le relais étant ensuite pris par l'assurance-maladie.

M. Pierre Hériaud, Président, a observé que la présentation détaillée du Rapporteur spécial avait bien montré certains défauts de la LOLF. On se demande en effet comment le rapporteur peut avoir une vision synthétique si des pistes sont simplement tracées, si le relais d'actions est ensuite pris par d'autres budgets et s'il ne peut ainsi apprécier l'ensemble des engagements, en particulier en crédits de personnels.

M. Michel Bouvard a dit retrouver ici une des difficultés qu'un amendement de votre Rapporteur spécial aux crédits de la mission « Solidarité » avait mise en évidence la semaine précédente, dans la mesure où les crédits de personnel auraient davantage trouvé leur place dans la mission que la Commission examine en ce moment. Sans doute conviendrait-il que l'ensemble des rapporteurs spéciaux concernés aient une discussion avec les ministres et avec le directeur de la réforme budgétaire, afin de mieux imputer, en particulier en termes de personnels, les crédits des politiques engagées dans les programmes pertinents. Il convient que le Parlement ne se fasse pas rouler.

M. Richard Mallié a souligné qu'il était confronté au même problème en tant que Rapporteur spécial des crédits de la mission « Sécurité sanitaire ». Pourtant, alors qu'il a été avancé qu'il était impossible de distinguer les personnels dépendant de telle ou telle mission, le bleu budgétaire permet de faire cette distinction.

Puis la Commission a, contre l'avis de votre Rapporteur spécial, *adopté* les crédits de la mission « Santé » et *vous demande d'émettre un vote favorable à leur adoption*.

N° 2568 - Rapport de M. Gérard Bapt fait au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du plan sur le projet de loi de finances pour 2006 (n° 2540) - Annexe n° 29 - santé