



N° 276

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 11 octobre 2007

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU PLAN SUR LE
PROJET DE **loi de finances pour 2008** (n° 189),

PAR M. GILLES CARREZ,
Rapporteur Général,
Député.

ANNEXE N° 38

SANTÉ

Rapporteur spécial : M. Gérard BAPT

Député

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE I : LE PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE ET PRÉVENTION	9
I.– UNE EXÉCUTION DES CRÉDITS PEU ÉTAYÉE EN 2006 ET 2007	9
A.– 2006 : LE PREMIER EXERCICE DU RAPPORT ANNUEL DE PERFORMANCES	9
1.– La sous-dotation des instances de pilotage prévues par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique	9
2.– L'action <i>Déterminants de santé</i> : une illustration du suivi insuffisant des opérateurs de l'État	11
3.– Le plan Cancer : une sous-consommation des crédits largement inexploitée	12
4.– L'action <i>Qualité de la vie et handicaps</i>	13
B.– UNE FONGIBILITÉ DES CRÉDITS SANS JUSTIFICATIONS EN 2007	13
II.– L'APPROPRIATION PROGRESSIVE DE LA DÉMARCHE DE PERFORMANCE	15
III.– 2008 : L'INQUIÉTANTE STAGNATION DES CRÉDITS DU PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE ET PRÉVENTION	17
A.– LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE	18
1.– De faibles moyens pour les instances de pilotage de la politique de santé publique	19
2.– Les actions de partenariat et de soutien destinées à relayer la politique de santé publique	20
3.– L'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins	21
4.– Le soutien et la promotion de la recherche en santé publique	22
5.– Une dépense soutenue au titre des indemnités et du règlement des contentieux relatifs aux accidents médicaux	22
B.– UNE PROGRESSION APPARENTE DES CRÉDITS ALLOUÉS AUX DÉTERMINANTS DE SANTÉ	24
1.– Des moyens d'ensemble mobilisés pour la lutte contre les pratiques addictives	25
a) <i>De la lutte contre l'alcoolisme à la prise en compte du risque « alcool »</i>	25
b) <i>Le tabagisme : des objectifs ambitieux sans les moyens correspondants</i>	28
c) <i>La lutte contre la toxicomanie</i>	30
2.– Une multiplicité de plans de santé publique	31

a) <i>Violence et santé</i>	31
b) <i>Le programme national nutrition santé</i>	32
c) <i>Le plan national santé environnement doit rattraper son retard</i>	33
3.– L'INPES, acteur majeur de la prévention en santé publique	35
C.– LE FLÉCHISSEMENT DE L'EFFORT CONSACRÉ AUX PATHOLOGIES À FORTE MORBIDITÉ / MORTALITÉ	38
1.– La lutte contre le cancer : l'effort ne doit pas être relâché.....	38
a) <i>Après le plan cancer</i>	39
b) <i>La rationalisation de l'organisation de l'Institut national du cancer</i>	41
2.– Une stabilité regrettable des crédits affectés à la lutte contre l'ensemble des maladies infectieuses	42
a) <i>La lutte contre le VIH / SIDA, les IST et les hépatites</i>	42
b) <i>Les autres maladies infectieuses</i>	44
3.– Une place marginale pour l'État dans le financement du plan psychiatrie et santé mentale	45
4.– Le financement résiduel des autres pathologies à forte morbidité	45
D.– L'ACTION QUALITÉ DE LA VIE ET HANDICAPS EST PORTÉE PAR LE NOUVEAU PLAN ALZHEIMER	46
1.– La priorité affirmée à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer	47
2.– La santé périnatale et de l'enfant.....	48
CHAPITRE II : LE PROGRAMME OFFRE DE SOINS ET QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS	51
I.– EN 2006 ET 2007, UNE EXÉCUTION EN APPARENCE SANS HEURTS, MAIS DONT LA PRÉSENTATION GAGNERAIT À ÊTRE AMÉLIORÉE	51
II.– UNE MESURE DE LA PERFORMANCE ENCORE TRÈS PARTIELLE EN 2006, MAIS QUI GAGNE PROGRESSIVEMENT EN CRÉDIBILITÉ	54
III.– LE PROGRAMME OFFRE DE SOINS ET QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS EN 2008	56
A.– IL EST IMPÉRATIF DE SOLDER LA DETTE AU TITRE DE LA FORMATION MÉDICALE.....	56
B.– LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ : DES MOYENS EN BAISSÉ POUR DES COMPÉTENCES TOUJOURS CROISSANTES.....	58
C.– LA MODERNISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	60
1.– Les agences régionales de l'hospitalisation : des acteurs incontournables, mais dont l'avenir doit être repensé.....	61
2.– La reconnaissance de l'expertise de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) conduit à un renforcement de ses moyens	63
3.– La montée en charge du centre national de gestion (CNG)	65
4.– Le groupement d'intérêt public « carte professionnelle de santé »	66

CHAPITRE III : LES MOYENS DE LA LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE	69
I.- EN 2006 ET 2007, DES CHANGEMENTS DE PÉRIMÈTRE ONT AFFECTÉ L'EXÉCUTION BUDGÉTAIRE D'UN PROGRAMME DONT LA PERFORMANCE DEMEURE TRÈS INSATISFAISANTE	69
A.- DES TRANSFERTS DE CRÉDITS PONCTUELS QUI CONFORTENT LE RÔLE DE COORDINATION INTERMINISTÉRIELLE DE LA MILDT	69
B.- DES INDICATEURS QUI TRAHISSENT LES DIFFICULTÉS DE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE	70
1.- Des indicateurs peu pertinents	70
2.- Des indicateurs peu orientés vers l'efficacité de la politique	71
3.- Des indicateurs révélant des résultats décevants	71
II.- UNE DIMINUTION DRASTIQUE DES MOYENS DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE EN 2008	72
A.- LA COORDINATION INTERMINISTÉRIELLE DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE	74
1.- Les actions menées au niveau central	75
2.- Les plans départementaux de lutte contre la drogue et la toxicomanie	75
3.- Le réseau régional des CIRDD	75
4.- L'OFDT et le CIFAD : le soutien apporté par les deux opérateurs du programme	76
B.- LES AUTRES ACTIONS MENÉES PAR LA MILDT	77
EXAMEN EN COMMISSION	79
ANNEXE	83

L'article 49 de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF) fixe au 10 octobre la date limite pour le retour des réponses aux questionnaires budgétaires.

À cette date, 77 % des réponses étaient parvenues à votre Rapporteur spécial, ce qui constitue un net progrès par rapport à l'année précédente. Il tient toutefois à souligner que la qualité des réponses est très inégale, de nombreuses incohérences ayant été constatées et qui seront développées par le présent rapport.

INTRODUCTION

La mission *Santé* regroupe l'ensemble des crédits de l'État consacrés à la politique de santé publique, à l'exception :

– des dispositifs liés spécifiquement à la sécurité sanitaire qui relèvent de la mission éponyme, – telles que l'organisation de la veille, la réponse aux urgences ou la lutte contre les crises sanitaires ;

– mais également du financement du système de protection maladie auquel participe l'État au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), de l'aide médicale de l'État (AME) et de l'indemnisation des victimes de l'amiante.

C'est dire que les crédits figurant sur la mission *Santé* ne regroupent qu'une partie, souvent réduite, de l'effort de l'État en faveur de la santé.

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

Ces deux éléments expliquent que l'impression laissée par l'analyse du budget de la mission *Santé* soit celle d'un **éparpillement des crédits**, qui ne donne qu'une **vision très partielle du financement de la politique de santé publique de la France**.

Pour 2008, le budget de la mission *Santé* s'établit à 432 millions d'euros d'autorisations d'engagement et à 430 millions d'euros de crédits de paiement, soit une très légère hausse, de l'ordre de 0,4 % pour les crédits de paiement, par rapport à 2007. Le tableau suivant rend compte de l'évolution et de la répartition des crédits de la mission *Santé*.

ÉVOLUTION DE LA MISSION SANTÉ

(en millions d'euros)

	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	LFI 2007	PLF 2008	2008/2007 (en %)	LFI 2007	PLF 2008	2008/2007 (en %)
Santé publique et prévention	288,5	290,3	+ 0,6	288,5	290,3	+ 0,6
Pilotage de la politique de santé publique	31,4	30,9	- 1,4	31,4	30,9	- 1,4
Déterminants de santé	31,5	34,8	+ 10,5	31,5	34,8	+ 10,5
Pathologies à forte morbidité / mortalité	218,8	214,5	- 2	218,8	214,5	- 2
Qualité de la vie et handicaps	6,9	10,1	+ 46,9	6,9	10,1	+ 46,9
Offre de soins et qualité du système de soins	100,3	115,3	+ 15	103,9	113,5	+ 9,3
Niveau et qualité de l'offre de soins	66,6	72,8	+ 9,4	66,6	72,8	+ 9,4
Accessibilité de l'offre de soins (ancien)	1,6	0	- 100	1,6	0	- 100
Modernisation du système de soins	32,1	42,5	+ 32,5	35,7	40,7	+ 14
Drogue et toxicomanie	36,3	26,6	- 26,7	36,3	26,6	- 26,7
Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif	31,7	24,6	- 22,5	31,7	24,6	- 22,5
Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi	3	0,5	- 83,6	3	0,5	- 83,6
Coopération internationale	1,5	1,5	0	1,5	1,5	0
Total	425,1	432,2	+ 1,7	428,7	430,4	+ 0,4

Source : projet annuel de performances

Trois programmes composent cette mission :

– le programme *Santé publique et prévention*, qui retrace d'une part le financement des principales instances mises en place par la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique (les conférences régionales de santé et la conférence nationale, les groupements régionaux de santé publique, le Haut conseil de la santé publique...), et d'autre part, les plans gouvernementaux en matière de santé publique ;

– le programme *Offre de soins et qualité du système de soins*, qui finance la formation médicale initiale, ainsi que les principaux acteurs de l'organisation du système de soins, c'est-à-dire les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), la Haute autorité de santé (HAS), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) chargée la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans le champ hospitalier, mais également le groupement d'intérêt public « carte professionnelle de santé » (GIP-CPS), ainsi que le nouveau Centre national de gestion (CNG), qui hérite des compétences de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) en matière de gestion des personnels hospitaliers ;

– enfin, le programme *Drogue et toxicomanie*, piloté par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), qui regroupe les crédits destinés à la coopération interministérielle en matière de lutte contre la drogue, concernant ses principaux volets : préventif, sanitaire et répressif, mais également des moyens d'expérimentation de nouveaux modes de prévention et de soins en matière de toxicomanie.

CHAPITRE I : LE PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE ET PRÉVENTION

Placé sous la responsabilité du directeur général de la santé (DGS), le programme *Santé publique et prévention* soutient la mise en œuvre de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, dans ses deux volets principaux. D'une part, la réforme de l'organisation territoriale du système de santé publique a conduit à la mise en place de nouvelles instances, tant au plan national, qu'au plan régional, qui joue désormais un rôle pivot. D'autre part, la loi a fixé 100 objectifs de santé publique, qui ont requis, pour certains d'entre eux, le lancement de plans pluriannuels, retracés par ce programme, pour leur partie souvent mineure financée par le budget de l'État.

I.- UNE EXÉCUTION DES CRÉDITS PEU ÉTAYÉE EN 2006 ET 2007

A.- 2006 : LE PREMIER EXERCICE DU RAPPORT ANNUEL DE PERFORMANCES

La dotation initiale du programme, qui s'établissait à 253,29 millions d'euros d'autorisations d'engagement et 241,84 millions d'euros en crédits de paiement, a fait l'objet d'une exécution très variable selon les actions : ainsi, si les instances de pilotage de la politique de santé publique ont mobilisé des crédits largement supérieurs aux prévisions, la lutte contre le cancer, et dans une moindre mesure, la lutte contre le VIH-SIDA, font l'objet d'une sous-consommation de leurs crédits. Dès lors, une annulation nette de crédits, de l'ordre de 16,15 millions d'euros en autorisations d'engagement et 12,17 millions d'euros en crédits de paiement, intervenue en cours d'année, est venue réduire cette faible exécution.

1.- La sous-dotation des instances de pilotage prévues par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Cette action a été dotée de 28,6 millions d'euros d'autorisations d'engagement et d'un peu moins de 28 millions d'euros de crédits de paiement en loi de finances initiale pour 2006 : ce sont finalement 47 millions d'euros d'autorisations d'engagement et 42,3 millions d'euros de crédits de paiement qui ont été exécutés en 2006, soit un taux d'exécution respectivement de 164 % et de 151 %.

Cette hausse ne fait pas l'objet d'une explicitation claire dans le rapport annuel de performances : si les dépenses de fonctionnement courant accusent une forte augmentation, liée à la place prise par des dépenses d'indemnisation et de contentieux d'un montant de 5,8 millions d'euros, qui ne figurent pas dans la loi de finances initiale, et dont l'objet n'est d'ailleurs aucunement précisé, un second poste de règlement de contentieux, - impossible à distinguer du premier -, s'inscrit lui aussi en forte hausse, à plus de 3 millions d'euros contre une prévision de 1,4 million d'euros initiale.

C'est toutefois sur le plan des transferts aux collectivités que l'exécution budgétaire s'avère la plus troublée : alors que 18,3 millions d'euros étaient inscrits à ce titre en loi de finances initiale, la consommation finale atteint 25,3 millions d'euros. Or, il est très difficile de reconstituer les arbitrages rendus pour la répartition des crédits, mais également de rendre compte de la sur-exécution budgétaire. Les services déconcentrés semblent en être à l'origine, puisqu'ils ont consommé 13,3 millions d'euros en grande partie consacrés aux structures associées au pilotage de la politique de santé publique (conférences régionales de santé, groupements régionaux de santé publique, etc.). Or, ces crédits n'ont fait l'objet d'aucune évaluation dans le projet annuel de performances pour 2006, alors même qu'ils concernent des structures dont la mise en place et le fonctionnement, prévus par la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004, devaient intervenir au cours de cette année-là. Seuls 2,3 millions d'euros étaient prévus à ce titre dans le projet annuel de performances pour 2006 et furent, au demeurant, inscrits en dépenses de fonctionnement courant : une telle variation de l'imputation budgétaire ne peut que nuire à la lisibilité de l'exécution.

Par ailleurs, l'appui aux pôles de compétitivité, qui a représenté 5 millions d'euros en 2006 pour la direction générale de la santé (DGS), et le soutien au programme de recherche « Avenir 2005 », ont été financés par des redéploiements de crédits, dont l'origine, par exemple, n'est aucunement explicitée.

Au total, il demeure impossible de s'assurer que la répartition des crédits au sein des sous-actions reste fidèle aux prévisions, pas plus qu'il n'est réellement permis de retracer l'origine, ni même le montant exact des crédits redéployés. Votre Rapporteur spécial considère que, si une fongibilité importante des crédits peut être tout à fait légitime puisqu'elle s'inscrit dans le respect de l'esprit de la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001, celle-ci doit néanmoins faire l'objet d'un compte rendu clair. **Néanmoins, force est de constater que la dotation initiale s'avérait clairement insuffisante pour financer des structures dont la montée en charge était, elle, tout à fait prévue.**

Préconisation 1 : Les écarts constatés entre la dotation initiale de la loi de finances et l'exécution doivent être justifiés : des précisions doivent ainsi être apportées quant aux mouvements éventuels des crédits intervenus en cours d'année (ouvertures, annulations, reports, abondements en provenance de fonds de concours inférieurs ou supérieurs aux prévisions initiales, etc.).

Préconisation 2 : Le chaînage vertueux entre le projet et le rapport annuels de performances se verrait renforcé par le recours à une même méthode de catégorisation des crédits et des dépenses : ainsi, les erreurs d'imputation qui ont pu conduire à brouiller la lecture de l'exécution 2006 devraient disparaître, avec l'appropriation progressive des nouveaux outils comptables, notamment par les services déconcentrés.

2.– L'action *Déterminants de santé* : une illustration du suivi insuffisant des opérateurs de l'État

Les modalités d'exécution des crédits de cette action n'appellent pas de remarque particulière, puisqu'elles sont proches des prévisions. Le tableau suivant se borne par conséquent à retracer les principales caractéristiques de l'exécution.

EXÉCUTION DES CRÉDITS DE L'ACTION *DÉTERMINANTS DE SANTÉ*

(en millions d'euros)

	Prévision LFI pour 2006	Consommation
Subvention à l'INPES	7,23	7,19
Traumatismes par accident et violence	3,50	1,33
Nutrition et santé	3,46	2,96
Santé environnementale	2,04	2,04
Autres dépenses	–	2,34
Total	16,23	15,86

Source : rapport annuel de performances.

L'EXÉCUTION EN 2006 DU BUDGET DE L'INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION À LA SANTÉ (INPES)

L'INPES a bénéficié en 2006 d'une subvention de l'État, au titre du programme *Santé publique et prévention*, qui s'est établie à 22,18 millions d'euros, proche des prévisions à hauteur de 22,9 millions d'euros. Son budget total a représenté 99,1 millions d'euros.

Or, si la ventilation des dépenses fait l'objet de nombreux commentaires dans le rapport annuel de performances, plusieurs éléments essentiels au suivi de l'exécution budgétaire des opérateurs manquent cruellement à cette présentation, la rendant particulièrement lacunaire. Ainsi :

- la subvention totale de l'État représente 29 millions d'euros en 2006. 6,8 millions d'euros de subventions ne font l'objet d'aucune explication. Il s'agit en réalité d'une dotation spécifique versée à l'INPES pour les missions en lien avec la sécurité sanitaire (canicule, grippe aviaire, etc.) ;

- l'écart constaté pour les recettes entre les prévisions et l'exécution est illisible : ainsi, les prévisions de ressources propres s'établissaient à 15,6 millions d'euros ; or, finalement, seuls 3,9 millions d'euros sont constatés en exécution. Non seulement, aucune explication n'est donnée quant à cette baisse, mais plus encore, les éléments de commentaire de l'évolution des ressources retracent une augmentation.

Votre Rapporteur spécial considère que **les moyens dont dispose un opérateur de l'État, ainsi que leur utilisation, doivent faire l'objet d'une analyse précise** : or, la dotation globale de l'État à l'Institut, elle-même, n'est pas justifiée dans le rapport annuel de performances. Il est donc impossible de raisonner en termes de coûts complets.

D'autre part, l'écart constaté entre prévisions et exécution, concernant les ressources propres, tient en réalité à l'absence de mise en œuvre du décret relatif aux messages publicitaires et promotionnels sur les aliments et les boissons : votre Rapporteur spécial attire l'attention sur l'absence totale d'informations relatives à ce complément de ressources attendu par l'Institut, qui apparaît de façon intolérable comme un refus par l'État d'endosser sa responsabilité.

Préconisation 3 : Une présentation plus rigoureuse de l'exécution du budget des opérateurs devrait être menée à l'avenir : les dotations de l'État devraient ainsi être explicitées dans leur détail et justifiées. Par ailleurs, l'évolution des autres ressources des opérateurs (notamment ressources propres, ressources fiscales, autres subventions) gagnerait à être précisée, dans la mesure même où la subvention de l'État est, la plupart du temps, en prévision, calculée pour assurer un équilibre des comptes de l'opérateur.

3.- Le plan Cancer : une sous-consommation des crédits largement inexplicée

Concernant l'exécution de l'action *Pathologies à forte morbidité / mortalité*, une sous-consommation importante de ses crédits en est la principale caractéristique : en effet, le taux d'exécution des autorisations d'engagement est de 80 % ; il est de 85 % pour les crédits de paiement. Les dépenses au titre de cette action ont donc atteint 160,96 millions d'euros en autorisations d'engagement et 162,83 millions d'euros en crédits de paiement.

Ce faible taux d'exécution est à mettre au compte essentiellement de la politique de lutte contre le cancer, pour laquelle 49,3 millions d'euros avaient été ouverts en loi de finances initiale pour 2006, et au titre desquels 29 millions d'euros seulement ont été exécutés. Ce montant ne tient pas compte de la subvention à l'Institut national du cancer (INCa), pour un montant de 45,23 millions d'euros, entièrement consommés, si l'on exclut la réserve de précaution qui lui a été appliquée.

Sur ce plan, il reste encore une fois difficile de rendre compte de la sous-exécution des crédits : certes, sur les 25 millions d'euros destinés initialement aux structures de dépistage des cancers, 22,6 millions d'euros ont été réellement versés, en raison d'une surestimation des besoins de ces organismes. Toutefois, cet élément ne rend pas compte d'une sous-consommation de plus de 20 millions d'euros, dans le cadre d'un plan national pluriannuel considéré comme une priorité par le Gouvernement. Une grande partie du différentiel pourrait être liée au financement des autres actions du plan Cancer, et principalement des subventions aux associations, qui s'élèvent à 6,4 millions d'euros au total (crédits centraux et déconcentrés confondus), alors que 15,8 millions d'euros avaient été ouverts en loi de finances initiale pour ce subventionnement, ainsi que pour l'information des professionnels et du public sur le dépistage.

Au total, ce seraient encore plus de 8 millions d'euros dont la non consommation demeure inexplicée. Une meilleure évaluation des besoins s'avère donc indispensable, et cela, afin d'asseoir la crédibilité du plan Cancer, dont l'échéance est d'ailleurs fixée à 2007.

Le tableau suivant récapitule l'exécution des crédits consacrés aux pathologies à forte mortalité en 2006, hors subventions pour charges de service public versées aux opérateurs que sont l'Institut national du cancer (INCa) et l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES).

EXÉCUTION DES CRÉDITS D'INTERVENTION DE LUTTE CONTRE LES PATHOLOGIES À FORTE MORBIDITÉ / MORTALITÉ

(en millions d'euros)

	Prévision LFI	Exécution
Lutte contre le cancer	49,3 (+ 1,4)	29
Lutte contre le VIH-SIDA	36,3	32,1
Lutte contre les hépatites	3,2 ⁽¹⁾	1,6
Plan psychiatrie santé mentale	5,8	6,9
Lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST)	5,7	6,6
Vaccinations	14,1	14,1
Lutte contre la tuberculose	19,6	19,6
Lutte contre les maladies rares	1,2	n.c
Autres maladies	0,9	0,4
Total	137,5	110,3

(1) Chiffres du projet annuel de performances pour 2006.

Source : rapport annuel de performances

4.- L'action *Qualité de la vie et handicaps*

Cette action, dotée en loi de finances initiale de 3,7 millions d'euros, est marquée par une forte sous-évaluation des crédits, de l'ordre de 33,3 % : ainsi, la santé périnatale aura bénéficié finalement de 1,9 million d'euros, contre 1,6 million d'euros inscrits initialement, tandis que la qualité de vie des personnes malades ou handicapées a mobilisé un budget représentant 3,9 millions d'euros, supérieur aux estimations, - 2,1 millions d'euros en loi de finances initiale.

B.- UNE FONGIBILITÉ DES CRÉDITS SANS JUSTIFICATIONS EN 2007

Doté de 288,5 millions d'euros en loi de finances initiale, le programme *Santé publique et prévention* devrait finalement disposer en 2007 de 277,4 millions d'euros en termes de crédits de paiement. En effet, plusieurs mouvements, dont il faut concéder qu'ils ne sont que mineurs, ont affecté le budget du programme :

- un report de crédits de l'année 2006, d'un peu moins d'un million d'euros, est d'abord intervenu en début d'exercice 2007 ;

- un décret d'avances a ensuite annulé 0,8 million d'euros en autorisations d'engagement et 0,2 million d'euros en crédits de paiement, à destination du financement de la lutte contre la grippe aviaire ;

- et enfin, des crédits à hauteur de 0,1 million d'euros en autorisations d'engagement et de 40 000 euros en crédits de paiement ont été transférés en cours d'exercice au bénéfice des pôles d'excellence rurale.

En revanche, 3,9 % des autorisations d'engagement et 4,1 % des crédits de paiement ouverts par la loi de finances initiale ont été mis en réserve : selon les informations obtenues par votre Rapporteur spécial, aucune levée n'était prévue à ce titre, ce qu'a d'ailleurs confirmé le décret d'avance du 25 octobre dernier, qui a annulé des crédits à hauteur de 11,2 millions d'euros en autorisations d'engagement et de 11,7 millions d'euros en crédits de paiement sur le programme. **Ce gel est lourd de conséquences pour les actions menées au sein de ce programme, qui finance les nombreux plans de santé publique du Gouvernement, mais également les instances de pilotage de la santé publique mises en place par la loi du 9 août 2004.**

Au 1^{er} août 2007, les crédits consommés représentent 70,6 % des autorisations d'engagement et 68,9 % des crédits de paiement ouverts.

S'agissant de l'action *Pilotage de la politique de santé publique*, à la date du 1^{er} octobre 2007, 68,7 millions d'euros d'autorisations d'engagement et **67,6 millions d'euros de crédits de paiement ont été consommés**. Il faut à cet égard rappeler que **pour 2007, les crédits ouverts s'élevaient à 31,4 millions d'euros. C'est donc plus de la moitié de la dotation ouverte en loi de finances initiale qui a été consommée à cette date. On peut donc s'interroger *a posteriori* sur la sincérité de la prévision budgétaire présentée à la représentation nationale.**

Ce différentiel important est lié au financement des structures associées au pilotage de la politique de santé publique, qui a mobilisé 44 millions d'euros à cette date, soit davantage que la dotation initiale de l'ensemble de l'action. **Votre Rapporteur spécial constate donc pour la seconde année consécutive une sous-dotation à ce titre, qui semble totalement incohérente pour des instances dont personne n'ignorait qu'elles monteraient en charge progressivement.**

Cette situation est d'autant plus dommageable qu'elle revient à réduire à due concurrence le budget consacré aux autres dispositifs : ainsi, au 1^{er} octobre 2007, les crédits consommés au titre des *Pathologies à forte morbidité / mortalité* s'élèvent à 123,4 millions d'euros en autorisations d'engagement et à 120,9 millions d'euros en crédits de paiement, sur une dotation qui, rappelons-le, s'élevait initialement à 218,8 millions d'euros : or, cette action regroupe l'ensemble des politiques de lutte contre les pathologies graves, au premier rang desquelles le cancer et le VIH / SIDA.

L'action *Déterminants de santé* fait l'objet d'une consommation réaliste de ses crédits, de l'ordre de 73 % au 1^{er} octobre, au même titre que l'action *Qualité de la vie et handicaps*, pour laquelle la consommation s'établit à la même date à plus de 66 % de ses crédits de paiement.

Force est de constater que les impératifs de réforme du pilotage de la santé publique ont rendu indispensable une réduction des moyens initialement alloués aux objectifs poursuivis, en particulier à la lutte contre les pathologies graves.

Cette fongibilité ne fait malheureusement l'objet d'aucune justification dans le cadre des informations transmises à votre Rapporteur spécial en réponse à son questionnaire budgétaire.

II.- L'APPROPRIATION PROGRESSIVE DE LA DÉMARCHE DE PERFORMANCE

En 2006, la mesure de la performance demeurait largement insatisfaisante, raison pour laquelle elle a d'ailleurs connu de nombreuses modifications en 2007, qui ont accru l'instabilité de la démarche. En effet, 7 objectifs et 17 indicateurs associés constituent le volet performance du programme en 2006 : force est de constater qu'un trop grand nombre d'indicateurs est associé aux objectifs. Dans le projet annuel de performances pour 2007, deux objectifs ont ainsi été abandonnés, et le nombre d'indicateurs a été réduit à 12, tandis que des améliorations certaines ont été apportées à ces mêmes indicateurs. Cette évolution est appréciable, même si votre Rapporteur spécial considère que l'instabilité susceptible d'affecter encore plusieurs années durant l'évolution des indicateurs, rendra plus difficile le renseignement des résultats. On ne peut dès lors que se réjouir de ce que l'année 2008 voie une réelle stabilisation des objectifs et des indicateurs de performance.

Le second point concerne la nature même de la démarche d'évaluation : comme l'indique le rapport de la Cour des comptes sur les résultats et la gestion budgétaire de l'État pour l'année 2006, publié en mai 2007, les indicateurs se concentrent en premier lieu sur l'efficacité des politiques publiques, et ne sont que dans une moindre mesure des outils de mesure du résultat.

- Ainsi, l'objectif initialement retenu en 2006 de « *rédiger et publier dans les meilleurs délais les textes d'application des lois et de transposition de directives européennes* » est d'autant plus important qu'il constitue une obligation juridique. Le seul élément de pertinence eût, dès lors, consisté à évaluer les délais, tandis que l'indicateur se contente de mesurer le pourcentage de textes adoptés pour transposer une directive ou appliquer une loi. Cet objectif a donc été abandonné dans le projet annuel de performances pour 2007.

- L'amélioration de « *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* » a été érigée en objectif prioritaire à la suite des dysfonctionnements relevés lors de l'épisode de la canicule de 2003. Or, cet objectif a été abandonné en 2007. Il est ainsi indispensable de le conserver, en dépit des faiblesses que présentent les deux sous-indicateurs qui lui sont associés : en effet, avec le projet de dématérialisation des certificats de décès en cours, la reconstruction des cibles s'avère nécessaire.

Préconisation 4 : Le suivi de l'objectif, la connaissance de l'état de santé de la population s'avère essentiel, après une crise sanitaire aussi importante que celle connue par la France en août 2003. Il serait donc plus que pertinent de réintroduire cet objectif dans le suivi de la performance, au besoin en introduisant un suivi de la certification électronique en cours de déploiement.

- L'objectif de réduction de « *la prévalence des pratiques addictives* », devenu des « *comportements à risque* » présente quant à lui une grande instabilité. En effet, la consommation annuelle d'alcool par habitant de plus de 15 ans n'était pas renseignée pour 2006, tandis qu'une nouvelle méthode de comptage a été retenue, qui a conduit à une réévaluation de la cible. L'indicateur qui mesure la prévalence du tabagisme quotidien dans la population fait l'objet d'une enquête dont la périodicité est insuffisante - tous les quatre ans -, et qui porte sur un échantillon trop restreint (3 200 interviews). Enfin, il est permis de douter de la crédibilité d'un indicateur mesurant la prévalence de la consommation régulière de cannabis chez les jeunes scolarisés de 17 ans, dans la mesure où d'une part, il repose sur un questionnaire déclaratif adressé aux jeunes participant à la journée d'appel de préparation à la défense, et que, d'autre part, il ne mesure aucunement l'intensité de cette consommation. Qui plus est, ce dernier indicateur n'était pas renseigné pour 2006. C'est donc avec satisfaction que votre Rapporteur spécial note sa disparition dès 2007 au profit de la mesure du taux de reconnaissance de certaines campagnes de prévention de l'institut de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Le problème de la fiabilité des données à caractère déclaratif se retrouve au sein des indicateurs associés à l'objectif de « *renforcer l'adoption de comportements de prévention du VIH / SIDA* », qui mesure en 2006 le pourcentage des jeunes respectivement de 15 à 26 ans et de 18 à 24 ans ayant utilisé un préservatif lors de leur premier et de leur dernier rapport. Les deux indicateurs qui se sont substitués à ce premier indicateur hasardeux mesurent le « *taux de reconnaissance des campagnes de prévention SIDA par les publics cibles* », ainsi que le « *nombre de contaminations récentes parmi les nouveaux diagnostics d'infection par le VIH* ». Ce dernier répond pleinement aux exigences de l'évaluation de performance, preuve que cette démarche fait l'objet d'une appropriation progressive.

Préconisation 5 : Si les indicateurs relatifs à des éléments mesurables (la consommation annuelle d'alcool, par exemple) sont maintenus, ils doivent faire l'objet d'un véritable suivi, fréquent et régulier. Il conviendrait en revanche de renoncer à la totalité des indicateurs fondés sur des informations déclaratives de la part des sujets concernés.

- Comme l'indique très justement la Cour des comptes dans son rapport déjà cité, les résultats de l'année 2006 relatifs à l'objectif d'amélioration du dépistage organisé du cancer du sein « *sont dépourvus de signification* » : en effet,

le premier indicateur mesurant le taux de participation au dépistage du cancer du sein dans la population cible ne permet pas de distinguer le dépistage organisé du dépistage spontané, et ne peut donc refléter l'efficacité de la politique de santé publique en la matière, tandis que le troisième indicateur, qui mesure le nombre de mammographies de dépistage organisées par rapport au nombre total de ces actes, est non renseigné. Les résultats des autres indicateurs demeurent également indisponibles pour 2006. Dans le cadre de la montée en charge du plan Cancer 2003-2007, il est regrettable que la mesure de la performance et de l'efficacité de cette politique de santé publique présente autant d'insuffisances. Ainsi, l'élargissement de cet objectif en 2007, qui devient « *améliorer le dépistage des cancers* » - sans toutefois se départir d'un suivi centré sur le seul cancer du sein -, ainsi que l'abandon des indicateurs imprécis au profit d'indicateurs mieux ciblés, ne permettront de procéder qu'*a posteriori* à une réelle évaluation de l'efficacité du plan Cancer. On regrettera toutefois qu'à ce jour, aucune extension de l'évaluation n'ait été étendue au dépistage organisé du cancer colorectal, qui doit pourtant devenir effectif en 2008.

Enfin, l'indicateur relatif à la fonction de coordination de l'Institut national du cancer (INCa) mis en place en 2006, à la signification douteuse, est demeuré non renseigné. Or, l'évaluation de l'action de l'INCa est essentielle. L'indicateur retenu en 2006 est certes peu pertinent, mais ne pouvait justifier un renoncement au suivi réel de l'activité de l'Institut : la substitution d'un indicateur relatif au « *taux de reconnaissance des campagnes de l'INCa* » a le mérite d'exister, mais ne peut être considérée comme pleinement satisfaisant à des fins d'évaluation de la performance de cet opérateur.

Préconisation 6 : En tant que priorité nationale de santé publique, la lutte contre le cancer doit faire l'objet d'une évaluation rigoureuse. Ainsi, le seul suivi du dépistage du cancer du sein s'avère insuffisant : il conviendrait d'élargir le champ des indicateurs, à tout le moins au dépistage du cancer colorectal, dont la généralisation du dépistage a été annoncée pour l'année 2008.

Préconisation 7 : Plutôt qu'une mesure de la reconnaissance des campagnes de l'INCa, retenue en 2007, il conviendrait de se tourner vers un indicateur plus fiable, et qui consisterait à évaluer les projets pilotés par l'INCa, sa capacité à mobiliser des partenaires dans le domaine de la recherche, de la prévention ou des soins.

III.- 2008 : L'INQUIÉTANTE STAGNATION DES CRÉDITS DU PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE ET PRÉVENTION

Pour 2008, le programme *Santé publique et prévention* sera doté de 290,3 millions d'euros, en progression de 0,6 % par rapport à 2007. Le périmètre du programme est affecté par le transfert de l'opérateur de téléphonie Drogues Alcool Tabac Info Service (DATIS) en provenance du programme *Drogue et*

toxicomanie : à périmètre inchangé, la dotation globale accuse donc une baisse de 0,7 %.

Au-delà de la relative stabilité constatée, les évolutions du financement des divers dispositifs sont contrastées. Seules les actions destinées à l'amélioration de la qualité de la vie des patients et d'accompagnement du handicap s'inscrivent en hausse de près de 47 %, passant de 6,9 millions d'euros en 2007 à 10,1 millions d'euros pour 2008. Les autres dispositifs actions s'inscrivent toutes en baisse, de l'ordre de 2 % pour les *Pathologies à forte morbidité / mortalité*, de 1,4 % pour le *Pilotage de la santé publique* et de 1,2 % pour les *Déterminants de santé*, si l'on exclut le changement de périmètre déjà évoqué.

A.– LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Les instances de pilotage de la politique de santé publique seront dotées en 2008 d'un peu moins de 31 millions d'euros, soit une légère diminution par rapport à 2007, de l'ordre de 1,3 %.

Le tableau suivant récapitule la répartition et l'évolution des crédits, qui financent les structures intervenant dans le pilotage de la santé publique, telles qu'elles sont redéfinies par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, mais qui soutiennent également des associations œuvrant dans le domaine de la santé, ainsi que des programmes de recherche en santé publique, qui cherchent à réduire les inégalités sociales de santé sur le territoire, et qui, enfin, procèdent à l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux.

VENTILATION DES CRÉDITS DE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

(en euros)

	PAP 2007	PAP 2008	Évolution (en %)
Haut conseil de la santé publique (HCSP)	100 000	230 000	+130
Conférences régionales et conférence nationale de santé	620 000	620 000	0
Évaluation des PRSP	1 039 000	390 000	--
DGS	210 000	170 000	-19
Observatoires régionaux de santé et fédération nationale	4 593 000	4 035 000	-12
Soutien à la territorialisation des politiques régionales de santé publique	4 330 000	4 330 000	0
Soutiens et partenariats avec des associations	1 539 000	1 893 000	+23
Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)	7 300 938	7 300 938	0
Programmes de recherche	285 000	1 800 000	++
Études produits de santé	257 547	252 000	-2
Frais de justice	5 925 000	5 925 000	0
ONIAM	500 000	500 000	0
INPES	4 020 000	3 405 000	-15
États généraux de la prévention	400 000	–	–
Communication	230 000	90 800	-61
Total	31 349 485	30 941 738	-1

Source : projet annuel de performances

1.– De faibles moyens pour les instances de pilotage de la politique de santé publique

Au niveau central, le pilotage est assuré par la direction générale de la santé (DGS) qui bénéficie de 170 000 euros au titre de cette action, principalement destinés à l'amélioration de son fonctionnement par le biais notamment de la réorganisation de la direction.

Par ailleurs, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a confirmé le rôle pivot de la région dans le pilotage du système.

Ainsi, les groupements régionaux de santé publique (GRSP), progressivement mis en place en 2006 et 2007, mettent en œuvre les plans régionaux de santé publique (GRSP), qui déclinent les objectifs nationaux des plans de santé publique. En 2008, 390 000 euros seront consacrés d'une part au développement du système d'information qui doit servir de support aux premiers bilans des PRSP, tandis que 4,3 millions d'euros sont destinés à des actions de soutien à la territorialisation des politiques de santé publique, à travers les Ateliers Santé Villes et le financement de l'association Élus Santé publique et Territoires.

En outre, la conférence nationale et les conférences régionales de santé (CRS), instances de concertation entre les professionnels de santé, les usagers et les élus, qui sont consultées lors de l'élaboration des plans régionaux de santé publique (PRSP) et qui en assurent l'évaluation, et qui seront dotées de 620 000 euros en 2008.

Enfin, les 26 observatoires régionaux de la santé (ORS), qui doivent notamment guider l'élaboration des PRSP, ainsi que leur fédération nationale, seront dotés de 4 millions d'euros en 2008, dont 3,6 millions à destination des observatoires. Leurs travaux visent en effet à améliorer la connaissance de l'état de santé de la population de la région, de ses besoins et des équipements sanitaires et sociaux qui y répondent. Ces crédits s'inscrivent en baisse de 12 % par rapport à 2007.

Au-delà, la loi a prévu la création du Haut conseil de la santé publique (HCSP), qui n'a finalement été mis en place qu'en mars 2007, et qui bénéficiera de 230 000 euros en 2008, pour satisfaire à ses missions d'évaluation de l'état de santé de la population et des facteurs susceptibles de l'influencer. Ainsi, le Haut conseil sera chargé dès 2008 de dresser un bilan et de mener une évaluation des plans de santé publique mis en œuvre sur les champs du cancer, des maladies rares, des addictions et de la violence routière.

Votre Rapporteur spécial se félicite de la montée en charge de ces instances, qui semble en effet aboutir, après un retard préoccupant accumulé sur les deux dernières années. Toutefois, il s'étonne du faible montant des crédits qui leur seront consacrés en 2008, en particulier si l'on tient compte du niveau de dépense constaté sur les deux exercices précédents : en effet, en 2006, les structures associées au pilotage de la politique de santé publique ont

globalement mobilisé 13,9 millions d'euros, première année de fonctionnement de la plupart de ces instances, et 44 millions d'euros au 1^{er} octobre 2007. On arguera que le coût important généré en 2006 et 2007 était lié à la mise en place de ces dispositifs, qui devraient désormais être à même de fonctionner sans occasionner de surcoût. Toutefois, au vu de la modestie de la dotation prévue, il est permis de douter de la crédibilité des prévisions de dépenses présentées à la représentation nationale.

Certes, la fongibilité des crédits du programme, dans le respect de la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001 (LOLF), rend possible une plus grande liberté de gestion des crédits. **Toutefois, votre Rapporteur spécial signale que la mobilisation de crédits en provenance d'autres actions prive les autres politiques de leurs moyens. Qui plus est, cette liberté du gestionnaire est indissociable du « chaînage vertueux » instauré par la LOLF entre la prévision budgétaire et l'exécution des crédits.** Or, à cet égard, on ne peut que déplorer le laconisme avec lequel le rapport annuel de performances pour l'exercice 2006 rend compte de la surconsommation des crédits au titre des structures de pilotage de la politique de santé publique. Formulons le vœu que l'exercice 2007, marqué par une mobilisation encore supérieure de crédits à ce titre, fera l'objet de justifications plus convaincantes.

2.— Les actions de partenariat et de soutien destinées à relayer la politique de santé publique

Un montant de 2 millions d'euros est prévu pour le financement de soutiens et de partenariats avec d'une part, les associations de professionnels de santé publique, et d'autre part, les associations d'usagers du système de santé.

S'agissant des professionnels du système de santé, 423 000 sont destinés à diverses associations qui assurent la promotion de la culture de santé publique, l'animation d'un réseau international de promotion de la santé, le développement de l'épidémiologie dans le domaine des risques sanitaires, ainsi que l'entretien du réseau des épidémiologistes francophones, et enfin, des actions de formation en faveur de la santé de proximité.

S'agissant des usagers du système de santé, 1,5 million d'euros est prévu pour 2008. Il financera d'une part, à hauteur de 900 000 euros le Collectif inter-associatif sur la santé (CISS) avec lequel a été conclue une convention pluriannuelle d'objectifs sur la période 2005-2007, qui a été prolongée par avenant, et qui prévoit une meilleure structuration régionale des associations d'usagers, ainsi que des actions de formation destinées à leurs représentants dans les instances hospitalières et de santé publique. D'autre part, un partenariat renforcé est prévu avec 19 collectifs régionaux inter-associatifs, qui mobilisera 570 000 euros.

3.– L'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) instaurés en 1998 sont obligatoirement intégrés aux plans régionaux de santé publique (PRSP) depuis la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. **Ils seront dotés de 7,3 millions d'euros en 2008, soit un montant strictement équivalent à l'année 2007.**

L'année 2008 verra la mise en place des PRAPS de troisième génération, nés des évaluations successives des programmes antérieurs. Ils constituent un outil de réduction des inégalités de santé, principalement à travers les actions suivantes, qui bénéficieront de 6,9 millions d'euros :

- l'accompagnement des personnes en situation précaire pour l'ouverture des droits et l'accès aux soins, notamment par le biais des équipes mobiles d'intervention, la création de postes de personnes relais, ainsi que la prise en charge des déplacements pour les publics isolés ;

- l'information et la formation des professionnels sanitaires et sociaux, afin d'améliorer l'accueil des publics précaires, et l'information de ces derniers quant à leurs droits et aux structures de santé existantes ;

- la prévention destinée à favoriser l'employabilité des jeunes de quartiers défavorisés ;

- et enfin, l'éducation à la santé et la communication.

La répartition de ces actions est la suivante.

PROGRAMMES RÉGIONAUX D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

(en pourcentage)

	Sur la base de 1 500 actions	Part des crédits correspondants
Information, sensibilisation, éducation à la santé	37	34
Lieu d'accueil, d'écoute, d'orientation prenant en compte la santé	28	21
Vacations dans les lieux d'accueil ou d'hébergement d'urgence	10	6
Réseaux (coordination, aide à la mise en place ou au soutien)	8	9
Autre type d'action	6	5
Formation des professionnels	6	2
Aide à l'accès aux soins (CMU)	2	5
Accueil médical ou social à l'hôpital (PASS ou autre)	2	15
Lits d'hébergement pour soins	1	3

Source : projet annuel de performances

Le reste des crédits est consacré à des études et des enquêtes sur les besoins en santé de la population, en particulier des migrants et des étrangers en situation précaire, ainsi que sur les inégalités de santé, et enfin, au soutien des associations têtes de réseau auprès des publics en situation de vulnérabilité.

4.– Le soutien et la promotion de la recherche en santé publique

Le soutien à des programmes de recherche en santé publique mobilisera quant à lui 1,8 million d'euros : la poursuite du programme « Avenir INSERM » sera financée à hauteur de 600 000 euros, tandis que 800 000 euros sont destinés à la mise en place d'un nouveau programme de recherche en santé publique (PRSP), adossés à l'institut de recherche en santé publique (IRESP). Ce dernier est né au début de l'année 2007 sous la forme d'un groupement d'intérêt scientifique, rassemblant la plupart des agences sanitaires, ainsi que l'INSERM et la direction générale de la santé (DGS).

En effet, la création de l'IRESP est née du constat de l'insuffisant développement de la recherche en santé publique en France, en particulier sur le fonctionnement et la gestion du système de santé, les politiques publiques et les interventions sociales, l'analyse des besoins de santé, la participation des professionnels et des citoyens, ainsi que sur l'évaluation du système de santé. L'institut de recherche en santé publique a de ce point de vue pour vocation de faire émerger de nouvelles équipes de recherche dans ces domaines et de favoriser la structuration dans les organismes de recherche. Le programme de recherche en santé publique (PRSP) ainsi lancé financera des études et aidera à la mise en place de grandes enquêtes et de bases de données, mais il favorisera également la mise en place de plateformes techniques et scientifiques pour la recherche en santé publique, suscitera la constitution de groupes de travail sur des sujets émergents, et gagnera en visibilité à travers des actions de communication, par le biais de l'organisation de colloques ou par des publications de travaux.

Enfin, 400 000 euros iront d'une part à la cohorte des consultants des centres d'examen de santé CONSTANCES, conçue comme le support de recherches épidémiologiques dans des domaines aussi variés que les risques professionnels, les déterminants sociaux de santé, les maladies chroniques et le vieillissement, et d'autre part à la convention AERAS « s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé » qui met en place un dispositif d'accès élargi à l'emprunt et à l'assurance pour les personnes atteintes de maladies graves.

5.– Une dépense soutenue au titre des indemnités et du règlement des contentieux relatifs aux accidents médicaux

Le paiement des frais d'indemnisation et de contentieux engagera près de 6 millions d'euros en 2008.

Les sommes versées au titre de l'indemnisation des accidents vaccinaux ont beaucoup progressé ces dernières années, en raison principalement de la réparation à compter de 2001 des personnels de santé vaccinés contre l'hépatite B. Depuis le 1^{er} janvier 2006, le versement de ces indemnités a été transféré à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), mais le ministère de la santé continue néanmoins de compenser à l'office la réparation des accidents

vaccinaux antérieurs à cette date. À ce titre, est prévue une subvention de 500 000 euros.

Ce poste de dépenses regroupe également :

– les indemnités versées à partir de 1995 aux professionnels de santé contaminés par le VIH dans l'exercice de leurs fonctions, qui ne représentent que 29 personnes au total ;

– la réparation au titre de la contamination des hémophiles et des transfusés par le VIH, pour la part qui n'aurait pas été prise en charge par le fonds d'indemnisation des transfusés et des hémophiles (FITH) ;

– les sommes versées depuis 1995 aux victimes de la maladie de Creutzfeld-Jacob, contractée à la suite d'un traitement par hormone extractive de croissance, dont la progression a été importante depuis 2004, en raison du décès de nombreuses victimes qui ont conduit à l'indemnisation de leur succession et du préjudice propre à leur famille.

L'évolution des dépenses au titre des indemnisations et du règlement des contentieux est présentée par le tableau suivant.

DÉPENSES D'INDEMNISATION ET DE CONTENTIEUX

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	1 ^{er} semestre 2007
Accidents vaccinaux	1,44	1,51	1,97	3,25	2,40	0,98
VIH infirmiers	0	0,34	0,19	0,47	0,23	0
VIH hémophiles et transfusés	0	0,11	0,42	0	0,02	0
Maladie Creutzfeld-Jacob	0,43	0,15	2,97	2,74	2,92	0,83
Autres contentieux	0	0,12	0,10	0	2,79	0,66
Avocats	n.d	0,03	0,11	0,01	0,01	0
Total	1,87	2,26	5,76	6,47	8,37	2,47

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports

Au vu de l'évolution des dépenses qui a été enregistrée depuis 2002, votre Rapporteur spécial considère que la dotation demandée pour 2008, strictement identique à l'année précédente, sera vraisemblablement insuffisante pour couvrir l'ensemble des charges d'indemnisation.

*

* *

Quelques crédits complètent les dotations au titre de cette action.

Sont financées des études portant sur les conditions réelles d'utilisation des produits de santé après leur commercialisation et des actions de soutien destinées à relayer la politique de santé publique, à hauteur de 252 000 euros. En 2008, elles auront principalement pour objet le suivi des femmes nouvellement ménopausées, une expérimentation dans le domaine de l'automédication, ainsi

qu'une démarche d'information à destination des associations humanitaires sur les nouvelles modalités d'accès aux médicaments pour les populations démunies, en raison de l'interdiction d'emploi des médicaments non utilisés.

Enfin, des actions de communication mobiliseront 90 800 euros.

En conclusion, la lisibilité du budget et l'efficacité de la politique pâtissent du saupoudrage des crédits constaté.

B.- UNE PROGRESSION APPARENTE DES CRÉDITS ALLOUÉS AUX DÉTERMINANTS DE SANTÉ

La politique de santé publique reconnaît progressivement l'importance des comportements individuels et collectifs des citoyens et de leur environnement sur la santé. La modification de ces comportements, par le biais de l'information et de l'éducation, constitue la finalité de cette action, qui intervient sur six déterminants de santé : l'alcool, le tabac, les traumatismes par accidents et violences, la toxicomanie, la nutrition et les activités physiques, ainsi que l'environnement, dont le travail.

Une progression apparente de 10,5 % caractérise les crédits consacrés aux déterminants de santé en 2008, qui rassembleront 34,76 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement. Il convient toutefois de signaler qu'un changement de périmètre a été opéré, avec le basculement de la subvention au groupement d'intérêt public « Drogues Alcool Tabac Info Service » (DATIS), qui représentera 3,68 millions d'euros en 2008, du programme *Drogue et toxicomanie* sur le programme *Santé publique et prévention*. **À périmètre inchangé, c'est donc une baisse qui caractérise la politique axée sur les déterminants de santé.** L'évolution de la répartition des crédits est retracée dans le tableau suivant.

ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

(en euros)

	PLF 2007	LFI 2008	2008/2007 (en %)
Alcool	2 143 376	2 043 376	- 4,7
Tabac	907 004	907 004	0
Traumatismes par accidents et violences	1 819 333	2 525 133	+ 38,8
Autres pratiques à risque	11 355 819	10 756 319	- 5,3
Programme national nutrition santé	3 023 782	3 003 782	- 0,7
Santé environnement	1 715 000	1 740 000	+ 1,5
Sous-total	20 964 314	20 975 614	+ 0,1
Subvention INPES	10 422 000	10 106 478	- 3,0
Subvention GIP DATIS	-	3 679 532	+ 100
Total des crédits	31 386 314	34 761 624	+ 10,8

Source : projet annuel de performances

1.– Des moyens d'ensemble mobilisés pour la lutte contre les pratiques addictives

a) De la lutte contre l'alcoolisme à la prise en compte du risque « alcool »

La loi de santé publique du 9 août 2004 avait fixé un objectif de réduction de 20 % de la consommation moyenne annuelle d'alcool par habitant sur la période 2004-2008, pour l'atteinte duquel les moyens ont été fixés par le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool.

La politique de lutte contre l'alcoolisme s'articule ainsi autour de deux objectifs essentiels :

– le renforcement du dispositif législatif et réglementaire, qui a permis aux associations de se porter partie civile pour les infractions aux dispositions législatives relatives à l'alcool, d'améliorer le contrôle du respect des règles de publicité en faveur des boissons alcoolisées, mais également d'élargir aux nouvelles boissons alcoolisées aromatisées l'application de la taxe dite « prémix », et enfin, d'engager une démarche de formation des professionnels et d'information du public sur les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Par ailleurs, une réforme des règles applicables aux débits de boissons, initiée par un décret publié en mars 2007, devrait contribuer à la maîtrise de l'offre d'alcool ;

– l'amélioration de la communication et de la prévention des risques liés à l'alcool, par le biais des grandes campagnes menées depuis 2003 par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) et relayées au niveau local par les comités départementaux de prévention de l'alcoolisme (CDPA), les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), les comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES) et par les associations d'anciens buveurs. Cette dimension de prévention et d'information a également été privilégiée par les États généraux de l'alcool (EGA) lancés en septembre 2006.

Les débats suscités au niveau régional par les États généraux de l'alcool ont en effet permis de tracer une série d'orientations à mettre en œuvre pour une politique globale de lutte contre l'alcoolisme, qui consistent à :

– améliorer la connaissance des effets de l'alcool sur la santé, en termes de décès et de coût social ;

– protéger la population jeune d'une consommation excessive d'alcool ;

– poser le problème de la consommation d'alcool au travail ;

– développer l'information des consommateurs, en particulier les femmes enceintes, par le biais d'une signalétique simple apposée sur chaque bouteille ;

– sensibiliser les médecins au repérage précoce et à l'intervention brève auprès de leurs patients, et améliorer la prise en charge des malades par la création d'une unité d'addictologie dans tout établissement disposant d'un service d'urgence.

Cette dernière mesure a été reprise par le plan pour la prise en charge et la prévention des addictions pour la période 2007-2011, qui doit mobiliser 77 millions d'euros par an, et qui prévoit une réorganisation globale du dispositif de prise en charge en addictologie.

Il repose d'une part sur le développement d'une complémentarité entre les filières addictologiques hospitalières et les médecins de ville. Ainsi, le dispositif hospitalier sera organisé en trois niveaux, de la réponse de proximité avec des sevrages simples à une prise en charge plus spécialisée qui implique des soins résidentiels, jusqu'au centre d'addictologie chargé du développement de la formation et de la recherche en la matière. Parallèlement, les médecins généralistes seront chargés du repérage en amont des pratiques addictives pour une prise en charge adaptée.

D'autre part, ce dispositif est complété par des structures spécialisées, les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), financés par l'ONDAM médico-social, qui vont progressivement se transformer en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) conformément aux dispositions de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. En effet, cette réforme vise à décloisonner la prise en charge qui était jusqu'ici centrée sur les drogues illicites d'un côté, sur l'alcool de l'autre.

C'est donc une politique ambitieuse centrée autour du risque « alcool » qui a été initiée, et votre Rapporteur spécial s'en félicite. Toutefois, sur l'action *Déterminants de santé*, seuls 3 millions d'euros sont retracés au titre de la lutte contre l'alcoolisme, qui concernent à 80 % des crédits destinés au financement d'associations locales, les 20 % soutenant au niveau national sept associations têtes de réseau.

Or, selon les informations communiquées à votre Rapporteur spécial, les moyens mobilisés par cette politique représenteraient 82,5 millions d'euros en 2007, dont plus de 70 millions d'euros à la charge de l'assurance maladie, sans tenir compte de la dizaine de millions d'euros qu'elle finance également au titre du FNPEIS, comme l'indique le tableau suivant.

ÉVOLUTION DES MOYENS ALLOUÉS À LA LUTTE CONTRE LE RISQUE « ALCOOL »

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007 (p)
DGS	3,33	1,63	4,43
<i>dont national</i>	1,40	1,63	1,95
<i>dont déconcentré</i>	1,93	—	2,48
MILDT	0,46	4,84	0,09
DREES	0,32	0,04	0,32
ARH	n.c	n.c	n.c
INPES	6,29	10,74	7,60
INCa	—	0,39	—
FNPEIS	10,57	crédits intégrés aux GRSP	
FNASS	transféré sur le FNPEIS		
CNAM ONDAM	59,11	67,80	70,09
<i>dont CCAA</i>	50,48	60,42	69,56
<i>dont mesures nouvelles</i>	7,98	7,38	0,53
Total	79,76	85,45	82,52

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports

Au-delà du retrait de l'État d'une politique de santé publique, dont le financement est une fois encore assumé par la sécurité sociale, **votre Rapporteur spécial regrette le manque de lisibilité des moyens consacrés à la lutte contre l'alcoolisme**. En effet, les crédits du fonds national de prévention, d'éducation et d'information en santé (FNPEIS) destinés au risque « alcool », désormais intégrés à l'enveloppe globale des groupements régionaux de santé (GRSP), ne sont plus identifiables depuis 2006, tandis que la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), responsable du programme *Drogue et toxicomanie*, consacre de son côté une petite partie de son budget à la lutte contre l'alcoolisme. C'est donc un réel éparpillement des financements qui doit être constaté. Par ailleurs, il faut déplorer l'absence totale de prévisions relatives à cette politique pour l'année 2008, qui correspond pourtant à la première année pleine de mise en œuvre du plan Addictions.

Dans son rapport public annuel publié en février 2007, la Cour des comptes a consacré un chapitre aux suites données aux observations relatives à « la politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme » qu'elle avait formulées en 2003. Si l'on peut considérer que le plan Addictions a vocation à surmonter le problème de la coordination des acteurs, tant nationaux que locaux, que la Cour a soulevé, tel n'est pas le cas des autres insuffisances relevées par la Cour. Elle regrette ainsi le peu de lisibilité d'une politique qui a tendance à être englobée dans une approche plus large du traitement des pratiques addictives, et dont les financements sont très difficiles à retracer. Ces deux griefs restent à l'ordre du jour.

b) Le tabagisme : des objectifs ambitieux sans les moyens correspondants

Au même titre que le risque « alcool », la modestie des moyens alloués à la lutte contre le tabagisme sur l'action *Déterminants de santé* contraste avec l'ampleur des buts fixés. **En effet, seul 0,9 million d'euros est consacré au financement des associations, tant au niveau local que national.** Au total, la lutte contre le tabagisme devrait néanmoins mobiliser 17,3 millions d'euros, dont 13,7 millions d'euros au titre des campagnes menées par l'INPES et de son soutien aux associations.

C'est donc une portion infime des crédits de l'ensemble de la lutte contre le tabagisme qui figure sur cette action. Le même constat que pour le risque « alcool » doit être dressé quant au caractère illisible des financements : en effet, pour 2007, l'effort fourni par le FNPEIS demeure inconnu, en raison de son intégration aux crédits globaux des groupements régionaux de santé publique (GRSP), tandis que la part de l'ONDAM médico-social consacrée aux consultations tabacologiques ne sera disponible qu'en 2008. Enfin, la participation de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) d'une part, de l'institut national du cancer (INCa) de l'autre, n'est pas retracée.

Le tableau suivant présente l'évolution des moyens globaux alloués à la lutte contre le tabac.

ÉVOLUTION DES MOYENS CONSACRÉS À LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME

(en millions d'euros)

	2004	2005	2006	2007 (p)
DGS	6,67	2,01	0,54	3,32
MILDT	0,15	0,23	1,05	0,16
DREES	—	0,64	—	—
DHOS	n.c	n.c	n.c	n.c
INPES	18,03	10,43	13,79	13,66
<i>Campagnes de communication</i>	15,05	8,69	12,21	11,91
<i>Appels à projet en région</i>	2,98	1,74	1,58	1,75
INCa	—	—	0,91	n.c
FNPEIS	1,1	2,65	crédits intégrés aux GRSP	
ONDAM pour consultations tabacologiques dans les CCAA	1,37	1,33	0,93	Données disponibles en 2008
Total	27,31	19,29	17,23	17,29

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports

Le caractère lacunaire et parcellaire du budget consacré à la lutte contre le tabagisme est regrettable, spécifiquement pour une politique qui s'est pleinement affirmée ces dernières années, à travers :

- une augmentation continue de la taxation des produits du tabac depuis 2003, de 56 % du prix des cigarettes depuis 2000 et de plus de 40 % depuis 2003, avec une nouvelle hausse initiée en août 2007 ;

- la multiplication des avertissements sanitaires depuis 2003 ;

– l’adoption d’une réglementation plus restrictive, avec principalement l’interdiction de la vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans, des petits paquets, mais également de la publicité pour le tabac par la loi du 31 juillet 2003, complétée par l’encadrement du secteur de la revente de tabac ;

– des mesures destinées à faire respecter la réglementation, par le biais de la possibilité ouverte aux associations de se porter partie civile pour les infractions à la législation sur le tabac, de l’augmentation des amendes relatives à ces infractions qui ont été portées de 75 000 à 100 000 euros, et enfin, de la compétence donnée aux administrations pour faire appliquer les mesures de protection des non-fumeurs ;

– des campagnes de prévention menées par l’INPES, la rédaction d’un guide pratique de diffusion des règles de prévention en milieu scolaire, en particulier lors des séances de prévention, mais également les mesures d’aide à l’arrêt du tabac initiées, comme l’expérimentation de la gratuité des substituts nicotiques auprès des populations en situation de précarité ou l’ouverture de consultations tabacologiques de groupe.

Outre cette diversité des mesures, c’est l’interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, renforcée par le décret du 15 novembre 2006, qui est certainement la plus emblématique des efforts menés dans la lutte contre le tabac. Ainsi, depuis le 1^{er} février 2007, l’interdiction de fumer est effective dans tous les lieux couverts et fermés accueillant du public ou constituant des lieux de travail, dans les transports en commun et dans l’enceinte des établissements scolaires ou accueillant des mineurs. Elle sera étendue le 1^{er} janvier 2008 aux hôtels, restaurants, cafés, casinos et discothèques. La violation de ces règles entraîne une sanction d’un montant de 68 euros pour le fumeur, et de 175 euros pour le fait d’avoir permis la violation de l’interdiction.

Son entrée en application a été accompagnée d’un dispositif spécifique de communication, avec des campagnes d’information menées par l’INPES, la distribution de supports d’information aux entreprises, la mise en place d’un site Internet, et enfin, d’un relais téléphonique d’accompagnement. L’aide à l’arrêt a, à cet égard, été renforcée par le versement d’un forfait de 50 euros au maximum pour le paiement des substituts nicotiques, mais également le doublement des consultations hospitalières en tabacologie, et la mobilisation des professionnels de la santé sur le thème du sevrage.

Votre Rapporteur spécial se réjouit des avancées enregistrées par la politique de lutte contre le tabac auprès des Français. Il considère néanmoins que l’importance de ses enjeux pour la santé publique exige une traçabilité et une transparence complète de son financement, qui sont à ce jour totalement inexistantes. L’absence d’une vision claire des moyens d’ensemble consacrés à une politique publique prive la représentation nationale de toute possibilité de procéder à une évaluation de son efficacité.

c) La lutte contre la toxicomanie

Les crédits retracés au titre des *Autres pratiques à risque*, qui représentent 10,8 millions d'euros, en baisse de 5,3 % par rapport à 2007, constituent, en matière de toxicomanie, le volet sanitaire du plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 ainsi qu'une part du financement du plan de prévention et de prise en charge des addictions 2007-2011.

Votre Rapporteur spécial regrette le chevauchement de deux plans qui recouvrent le même objectif de santé publique, et s'étonne de la modestie des moyens alloués par l'État à cette politique, alors même que le plan Addictions est censé constituer l'approfondissement du volet sanitaire du plan de lutte 2004-2007, et devrait donc se traduire par des moyens supplémentaires.

Dans le cadre de la prévention et de la prise en charge des toxicomanes, ainsi que de la réduction des risques, sont ainsi financés :

– le soutien à des structures locales de prévention, d'information et de lutte contre la toxicomanie, dont la répartition des crédits, à hauteur de 8,66 millions d'euros, est retracée par le tableau ci-après ;

**RÉPARTITION DES CRÉDITS DÉCONCENTRÉS
AU TITRE DE LA LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE**

(en millions d'euros)

	Nombre de structures	Coût
Réseaux toxicomanie ville hôpital	> 40	1,4
Structures d'accueil pour toxicomanes en grande précarité	5	2,6
Unités pour sortants de prison	6	0,6
Ateliers d'aide à l'insertion	> 20	1,9
Équipes mobiles de proximité	3	0,5
Programme d'échange de seringues et automates (hors CAARUD)	> 300	1,7

Source : projet annuel de performances

– l'aide de l'État à la mise sur le marché des trousses d'injection stérile pour les usagers de drogue, pour un montant de 1,34 million d'euros ;

– enfin, le soutien à des associations têtes de réseau dans les domaines de la réduction des risques et de la lutte contre la toxicomanie, à hauteur de 0,76 million d'euros.

*

* *

En 2008, les déterminants alcool, tabac et autres pratiques à risque mobiliseront globalement des moyens en recul de 4,9 % sur 2007. Cette réduction contraste avec l'ampleur de l'affichage politique choisi, avec la superposition de deux plans nationaux qui privilégient une approche globalisée des addictions au détriment d'une approche ciblée sur chaque produit. Si le traitement des comportements addictifs est souhaitable, il s'accommode mal de la diminution des moyens affectés aux politiques traditionnelles de lutte contre le tabac, l'alcool ou la toxicomanie.

Par ailleurs, les politiques menées restent marquées par des hésitations qui nuisent à leur efficacité : la MILDT fut le pilote du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool pour la période 2004-2008, mais elle ne sera pas directement associée à la mise en œuvre du plan Addictions prévu sur la période 2007-2011. Ce dernier plan, qui privilégie la prise en charge et les soins, sera essentiellement financé par l'assurance maladie. **Sous couvert d'un grand plan de santé publique, c'est bien un retrait de l'État qui s'est engagé dans le domaine de la lutte contre le tabac, l'alcool et les drogues.**

2.– Une multiplicité de plans de santé publique

a) Violence et santé

L'élaboration d'un plan national de lutte pour limiter l'impact de la violence sur la santé faisait partie des cinq axes stratégiques retenus par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. **Or, malgré les recommandations émises par le rapport « Violence et santé » remis au ministre en octobre 2005, force est de constater qu'aucun plan digne de ce nom n'a vu le jour. Tout au plus peut-on constater un saupoudrage des crédits, légèrement supérieurs à l'exercice précédent – 2,5 millions d'euros au lieu de 1,8 million d'euros en 2007 – à destination :**

– d'actions locales expérimentales sur les réseaux de prise en charge des victimes, la formation professionnelle et l'information du public, à hauteur de 1,1 million d'euros. Leur mise en œuvre doit s'effectuer dans le cadre des groupements régionaux de santé publique (GRSP) ;

– d'interventions auprès des professionnels de santé, en vue de l'amélioration de la prévention et de la promotion des pratiques de bientraitance, pour un montant de 0,28 million d'euros ;

– de la réalisation d'études sur les facteurs de risque et les circonstances de la violence (0,62 million d'euros) ;

– et enfin, à destination des forces de l'ordre, avec l'achat de kits de prélèvement sanguin, qui contribuent à la lutte contre la violence routière (0,5 million d'euros).

b) Le programme national nutrition santé

Également retenu comme un axe prioritaire par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, le programme national nutrition santé a été reconduit pour la période 2006-2010. Il est orienté vers la prévention primaire, le dépistage et la prise en charge précoce des dégradations de l'état nutritionnel, notamment au sein des établissements de santé.

Ont été prises à ce titre des mesures destinées à favoriser l'accueil des personnes souffrant d'obésité dans les établissements de santé, mais également des recommandations nutritionnelles appelées à servir de support à l'amélioration de la qualité des repas service en restauration scolaire. Des chartes ont été signées par plus de 90 municipalités qui s'engagent à promouvoir des actions en faveur de l'équilibre nutritionnel, et devraient être étendues aux départements. Enfin, une démarche d'évaluation est engagée, qui permettra de disposer de données fiables sur la prévalence de l'obésité et sur les problèmes de surpoids au sein de la population.

Une démarche de communication pilotée par l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a également conduit à l'élaboration de guides de nutrition, et au montage du site Internet « mangerbouger », tandis que la mise en œuvre du décret relatif aux messages publicitaires et promotionnels en faveur de certains aliments et boissons du 27 février 2007 a permis de porter ce site à la connaissance du public, par le biais d'une très large diffusion des messages d'alerte sanitaire. Les annonceurs peuvent choisir de ne pas apposer ces informations et de payer une taxe correspondant à 1,5 % de l'investissement publicitaire au profit de l'INPES.

Lors de son audition, M. Philippe Lamoureux, directeur de l'INPES, a indiqué à votre Rapporteur spécial que le produit initial de cette taxe pouvait être évalué à 30 millions d'euros, dans l'hypothèse d'un refus de tous les annonceurs d'apposer les messages sanitaires en question. À ce stade, il semblerait que près de 85 % des publicitaires concernés aient choisi de l'appliquer. Ces hypothèses conduisent à évaluer le rendement de la taxe à un niveau situé entre 3 et 4 millions d'euros par an, à comportement inchangé. Or, l'annexe budgétaire relative aux évaluations de recettes pour 2008 mentionne bien cette taxe, mais son produit demeure indéterminé pour 2007 comme pour 2008.

Votre Rapporteur spécial s'avoue déconcerté par cette absence patente d'informations. De deux choses l'une : soit, le rendement de cette taxe est nul, et par conséquent, il serait bienvenu que cette information soit communiquée au Parlement, soit le produit, même faible, existe, et dans ce cas, son affectation à l'INPES devrait intervenir sans délai.

Pour 2008, outre le financement d'études et d'expérimentations sur le lien spécifique entre cancer et nutrition, qui n'est pas retracé sur cette sous-action, le programme national nutrition santé bénéficiera de 3 millions d'euros. Près des

deux tiers de cette dotation iront aux projets locaux mis en œuvre dans le cadre des groupements régionaux de santé publique (GRSP), et 800 000 euros au financement d'études et au développement d'outils au niveau central. 2008 devrait également voir la mise en place de l'observatoire de la qualité alimentaire, pour laquelle une somme de 280 000 euros est prévue. Il sera chargé du suivi de l'état du marché de l'offre alimentaire, notamment en ce qui concerne la qualité nutritionnelle des produits et leurs caractéristiques économiques.

c) Le plan national santé environnement doit rattraper son retard

Inscrit comme un objectif prioritaire par la loi de santé publique du 9 août 2004, le plan national santé environnement pour la période 2004-2008 vise à prévenir les risques pour la santé dus à l'exposition aux agents physiques, chimiques, et biologiques des différents milieux de vie – général, domestique et professionnel – selon trois objectifs majeurs :

- garantir un air et une eau de bonne qualité ;
- prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers ;
- mieux informer le public et protéger les populations sensibles.

En 2007, l'effort de l'État au titre de la mise en œuvre du plan national santé environnement a représenté 14,7 millions d'euros en total. L'essentiel des crédits est retracé sur le programme *Veille et sécurité sanitaires* de la mission *Sécurité sanitaire* : en effet, seuls 2,5 millions d'euros, inscrits sur le programme *Santé publique et prévention*, et qui tiennent compte de la participation de l'INPES à la mise en œuvre du plan, ont financé des missions de prévention du saturnisme et des troubles auditifs liés aux musiques amplifiées, ainsi que la surveillance et la prévention des cancers liés aux pollutions environnementales et en milieu du travail.

Pour 2008, 1,7 million d'euros de crédits devrait financer :

- le renforcement du plan d'action sur le chlordécone en Martinique et en Guadeloupe ;
- la transposition de la directive « baignades » ;
- l'élaboration d'un plan en faveur de l'amélioration de la qualité de l'air intérieur ;
- l'adaptation de la réglementation « amiante » et le renforcement de la surveillance de l'amiante environnementale ;
- ainsi que la refonte de la réglementation relative à la toxicovigilance.

L'INPES consacrera également un peu plus de 1 million d'euros à un programme d'information et d'éducation en santé-environnement.

Toutefois, la nature des actions financées telles qu'elles sont présentées par le projet annuel de performances diffère assez sensiblement des informations fournies par ailleurs à votre Rapporteur spécial : selon ces dernières, près de 0,9 million d'euros irait à des actions de prévention en santé environnementale, et 0,7 million d'euros serait consacré à des expertises pour l'évaluation des risques liés au monoxyde de carbone, au plomb et au bruit. Enfin, le 0,2 million d'euros de crédits restants soutiendrait des actions associatives d'envergure nationale.

Aucune allusion n'est plus faite au plan d'action sur le chlordécone ou à l'adaptation de la réglementation en matière de baignades, de toxicovigilance ou d'amiante. **Votre Rapporteur spécial regrette les incohérences qui affectent la présentation des actions menées en application du plan, en dépit de la multiplication des demandes adressées à la direction générale de la santé sur ce sujet, de même qu'il déplore la carence des informations relatives aux actions concrètement menées pour lutter contre l'exposition aux pesticides de la population antillaise.**

À l'heure où les préoccupations relatives aux conséquences des facteurs environnementaux sur la santé occupent une place importante dans le débat public, comme en témoigne le « Grenelle de l'environnement », le bilan à mi-parcours du plan est préoccupant : en effet, si 60 % des actions prévues sont engagées, 10 d'entre elles connaissent un retard important, dont celles sur les particules diesel. Il préconise le développement d'indicateurs destinés à rendre possible des comparaisons quant à l'impact sanitaire des principaux facteurs de risques environnementaux. Il déplore également l'insuffisant développement des méthodes d'évaluation économique, du type coût / bénéfice, dans le domaine, et enjoint à un renforcement de l'expertise en santé environnementale.

Un second plan national santé environnement devrait voir le jour en 2008 : votre Rapporteur spécial l'appelle plus que jamais de ses vœux, assorti de moyens qui soient à la hauteur des enjeux. Car plus que jamais, les risques environnementaux doivent être connus et maîtrisés. Le rapport alarmant du Professeur Dominique Belpomme relatif à la pollution par les pesticides en Martinique, publié le 23 juin dernier, suffirait à justifier que des mesures d'ampleur soient adoptées en matière de santé environnementale. Au-delà de l'urgence à prendre des dispositions à l'égard de la population antillaise, qui a trop longtemps été exposée à un environnement dont la dangerosité ne fait pas de doute, une meilleure connaissance des facteurs environnementaux et de leurs conséquences sur la santé doit être développée. En raison de l'impact à très long terme de certains produits sur la santé, une telle tâche doit être assumée avec la mobilisation des moyens adéquats. **À cet égard, il devient urgent de clarifier le pilotage des actions relatives au contrôle des pesticides,** qui relève tantôt de l'AFSSET, tantôt de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET), ce dont témoignent d'ailleurs les hésitations au sujet de la

tutelle technique de l'observatoire des résidus de pesticides (ORP) mis en place en 2007.

3.– L'INPES, acteur majeur de la prévention en santé publique

L'ensemble des actions financées par l'action *Déterminants de santé*, et au-delà, l'ensemble des politiques de santé publique menées au titre du présent programme, font l'objet d'un accompagnement par l'Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé (INPES). La prévention constitue en effet un enjeu transversal aux politiques menées.

Pour l'accomplissement de ses activités, l'Institut bénéficie d'une subvention de l'État, qui s'impute sur le présent programme ainsi que sur le programme *Veille et sécurité sanitaires* de la mission *Sécurité sanitaire*. Cette dernière ne sera toutefois pas reconduite en 2008 : ceci est d'autant plus regrettable que la subvention qui lui a été allouée à ce titre n'a pas figuré dans les annexes budgétaires des deux dernières années. Ainsi, s'il semble à première vue que la dotation au profit de l'INPES croît en 2008, la disparition du financement spécifique de ses missions de sécurité sanitaire implique en réalité une baisse, au demeurant importante. L'évolution de la dotation de l'État est retracée par le tableau ci-après.

ÉVOLUTION DE LA SUBVENTION DE L'ÉTAT À L'INPES

(en milliers d'euros)

	Exécution 2006	LFI 2007	PLF 2008	2008/2007
Pilotage de la politique de santé publique	1 848	4 020	3 405	– 15,3 %
Déterminants de santé	11 438	10 422	10 106	– 3 %
Pathologies à forte morbidité / mortalité	7 138	7 020	7 901	+ 12,5 %
Qualité de la vie et handicaps	1 756	2 339	2 689	+ 15 %
Veille et sécurité sanitaires	6 500	7 500	0	– 100 %
États généraux de l'alcool ⁽¹⁾	340	–	–	–
Total	29 020	31 301	24 101	– 23 %

(1) Cette dotation spécifique n'est intervenue qu'au titre de l'année 2006 : elle n'est pas pérenne.

Source : projet annuel de performances

L'Institut perçoit également une contribution de l'assurance maladie, et dispose de ressources propres liées aux ventes de ses produits ou à ses prestations de services.

Environ 85 % des dépenses de l'établissement sont consacrées à ses activités de prévention : elles concernent notamment la diffusion des documents et supports de communication, leur édition, les actions de communication de l'institut, ainsi que le financement de la téléphonie santé.

Le tableau suivant présente le budget global de l'INPES en 2007.

BUDGET 2007 DE L'INPES

(en milliers d'euros)

Ressources		Dépenses	
Subventions de l'État	31 301	Personnel	9 631
Dotation globale de l'assurance maladie et autres subventions	69 200	Fonctionnement	110 034
Ressources propres et autres	19 912	Investissement	748
Total	120 413	Total	120 413

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports

En 2007, l'intervention de l'INPES s'est matérialisée dans de nombreux domaines, notamment dans le cadre de la lutte contre le tabac, l'alcool, la toxicomanie, mais également de la lutte contre le VIH / SIDA, les infections sexuellement transmissibles (IST) et les autres maladies infectieuses. L'INPES a également collaboré avec l'ensemble ses partenaires en matière de nutrition, de santé mentale, de maladies chroniques, de santé environnementale, et dans le cadre d'actions en faveur des personnes âgées, des enfants et des jeunes. Par ailleurs, ses missions au titre de la sécurité sanitaire s'élargissent : l'INPES est ainsi intervenu sur la grippe aviaire, la canicule, les froids extrêmes, les inondations et le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). En considération de la sollicitation croissante dont elle fait l'objet sur ce plan, l'absence de dotation propre aux opérations de sécurité sanitaire pour 2008 s'avère préoccupante.

Ainsi, avec 24,1 millions d'euros pour 2008, la baisse de la subvention de l'État s'élève à 23 %, tandis que la contribution de l'assurance maladie s'établit à 66,2 millions d'euros, conformément à la convention d'objectifs et de gestion conclue avec la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) qui stabilise la dotation pour la période 2007-2010.

Pour 2008, le plafond d'emplois de l'institut est fixé à 140 équivalents temps plein travaillé (ETPT) pour 2008, en stabilité par rapport à 2007.

La quasi reconduction des moyens sur le programme *Santé publique et prévention* contraste avec les sollicitations prévisibles de l'INPES en 2008 : en effet, son intervention sera requise pour accompagner l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer dans les lieux publics au 1^{er} janvier 2008, mais également en matière d'étiquetage des bouteilles d'alcool, tandis que ses activités se poursuivront au titre de sa participation au plan national nutrition santé. Par ailleurs, l'INPES sera potentiellement acteur de prévention sur les questions de dopage, de troubles du sommeil, et éventuellement dans la mise en œuvre du plan Alzheimer qui sera lancé au début de l'année 2008.

Le transfert opéré en 2008 du groupement d'intérêt public Drogues Alcool Tabac Info Service (GIP DATIS) du programme *Drogue et toxicomanie* au programme *Santé publique et prévention* aura également un impact sur le budget de l'INPES : en effet, il est envisagé de lui confier à terme son financement.

Le GIP gère un service de téléphonie qui a pour vocation de conseiller et de prévenir en matière de consommation de drogues, de tabac et d'alcool : il reçoit en moyenne 1 200 appels par jour et traite environ 210 appels à contenu. Son site Internet reçoit environ 500 demandes d'information par mois. On notera à cet égard la diminution qu'enregistre pour 2008 la subvention au GIP, qui passe de 4,7 millions d'euros en 2007 à 3,7 millions d'euros en 2008, pour un plafond d'emplois stable, de 57,5 équivalents temps plein travaillé (ETPT). Cette baisse est précisément liée aux économies d'échelle générées par l'intégration de la téléphonie santé aux activités de l'institut.

Afin d'accomplir au mieux ses missions, l'INPES formalise ses partenariats avec les autres acteurs de la santé publique : elle a ainsi passé une convention avec la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), afin de pérenniser le travail de collaboration sur la prévention de la perte d'autonomie, mais également avec l'institut national du cancer (INCa). Elle est l'opérateur de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) sur le champ de compétence de cette dernière, et mène des travaux communs avec la Haute autorité de santé (HAS) en matière de référentiels et d'éducation des patients. Un contrat de performance avec sa tutelle est enfin en cours d'élaboration : il devrait aboutir au premier semestre 2008.

L'INPES s'est aujourd'hui imposé comme l'acteur incontournable de la politique de prévention en France, grâce à une authentique expertise dans ce domaine et celui de la promotion de la santé : en témoignent un recours grandissant à l'institut, et un élargissement progressif de ses missions au champ de la sécurité sanitaire et de la communication en période de crise. Dès lors, il semblerait opportun de consacrer la reconnaissance de son rôle, en formalisant les modalités de la saisine de l'INPES. L'action de l'institut est en effet déclenchée sur saisine du ministre, ce qui ne permet aucunement à l'INPES de jouer un rôle de veille ou de réaction immédiate aux crises. Il conviendrait de surmonter cet obstacle, qui se justifie par les ressources propres dont il dispose, et qui implique de facto une certaine liberté d'agir. En contrepartie de la reconnaissance de cette liberté, le contrat de performance pourrait pleinement jouer son rôle d'évaluation de l'activité et de l'efficacité de l'établissement dans l'accomplissement de ses missions.

C.- LE FLÉCHISSEMENT DE L'EFFORT CONSACRÉ AUX PATHOLOGIES À FORTE MORBIDITÉ / MORTALITÉ

Les moyens consacrés aux pathologies graves représentent environ 74 % des crédits du programme, soit une dotation de 214,5 millions d'euros pour 2008, en diminution de 2,8 % par rapport à 2007, comme l'indique le tableau suivant.

ÉVOLUTION DES CRÉDITS DE L'ACTION PATHOLOGIES À FORTE MORBIDITÉ / MORTALITÉ

(en millions d'euros)

	PAP 2007	PAP 2008	Évolution (en %)
VIH / Sida, IST et hépatites	46,47	47,32	1,9
dont VIH / Sida	36,43	37,29	2,4
dont infections sexuellement transmissibles	8,26	8,26	0
dont hépatites	1,78	1,78	0
Autres maladies infectieuses	46,18	46,18	0
dont tuberculose	28,49	28,55	0,2
dont vaccinations	17,68	17,62	-0,3
Cancer	62,93	56,43	-10,3
Maladies cardiovasculaires	0,29	0,59	103,4
Maladies rares	0,61	0,63	3,3
Santé mentale	5,6	6	7,1
Santé bucco-dentaire	0,25	0,25	0
Sous-total	162,35	157,4	-3
INPES	7,02	7,9	12,5
INCa	50,57	49,17	-2,8
Total	220,54	214,47	-2,8

Source : projet annuel de performances

1.- La lutte contre le cancer : l'effort ne doit pas être relâché

À l'heure de l'arrivée à échéance du plan cancer mis en œuvre sur la période 2003-2007, un bilan s'impose. La mobilisation importante de l'ensemble des acteurs autour de l'Institut national du cancer (INCa) a permis des avancées indéniables.

– À son terme, le plan devrait avoir permis une généralisation du dépistage du cancer du sein à toutes les femmes de 50 à 74 ans, ainsi qu'une généralisation du dépistage du cancer du colon à tous les hommes et femmes de 50 à 74 ans.

– Le volet « soins » du plan prévoyait une généralisation du dispositif d'annonce de la maladie, ainsi qu'un programme personnalisé de soins pour chaque patient, deux outils qui ne sont aujourd'hui qu'au stade de l'expérimentation. En revanche, les recommandations de pratiques cliniques et les critères qualité en cancérologie élaborés par l'INCa sont vraisemblablement entrés en vigueur au cours de l'année 2007. Par ailleurs, des référentiels sont destinés à favoriser l'accès des patients aux traitements coûteux : des progrès réels ont été accomplis en termes de délais d'attente pour l'accès aux tomographes à émission de positons (TEP) ou aux examens d'imagerie à résonance magnétique (IRM). Enfin, la coordination des soins est recherchée, en particulier entre l'oncologie et la gériatrie. Sur ces deux derniers points, en revanche, il faudra attendre vraisemblablement l'année 2008 pour connaître les résultats précis atteints.

– Dans le domaine de la recherche, le développement des cancéropôles, financés à hauteur de 61 millions d’euros en 2006 et 25,5 millions d’euros en 2007, a permis un soutien affirmé aux projets en cancérologie.

– Enfin, le plan cancer, soutenu par des avancées réglementaires, a également contribué à l’évolution des comportements, notamment vis-à-vis du tabagisme ; il a promu la formation des spécialistes en oncologie médicale et en radiothérapie et a amélioré l’accompagnement social des malades.

Votre Rapporteur spécial appelle de ses vœux une évaluation du plan cancer : un bilan d’ensemble s’avère en effet indispensable pour parvenir à déterminer les priorités qui devront être retenues à l’avenir dans la lutte contre le cancer. En l’absence d’un tel bilan, l’année 2008 semble placée sous le signe de l’attentisme. Mais l’attente d’une évaluation globale de l’impact du plan ne doit pas signifier un relâchement de l’important effort qui a été initié jusqu’alors, contre lequel votre Rapporteur spécial met en garde. L’effort accompli s’est d’ailleurs traduit sur le plan budgétaire comme le montre le tableau suivant.

FINANCEMENT DU PLAN CANCER

(en millions d’euros)

	2006	2007 (p)
Programme Santé publique et prévention	89	112
DREES	0,5	0,5
INPES	4	4
InVS	3	4
Sous-total État	96,5	120,5
Assurance maladie	156,8	174,4
Dépistages organisés des cancers du sein et du colon	42,4	68,6
Mesures nouvelles dédiées aux soins et aux innovations	114,4	105,8
Total	253,3	294,9

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports

a) Après le plan cancer...

En 2008, la lutte contre le cancer devrait mobiliser 105,6 millions d’euros sur le budget du programme : la diminution des crédits est importante, de l’ordre de 10,3 % par rapport à 2007.

Sur cette enveloppe globale, 56,4 millions d’euros constituent des crédits d’intervention.

À ce titre, 40 millions d’euros participent à la mise en œuvre du dépistage, en partenariat avec l’assurance maladie à travers le fonds national de prévention, d’éducation et d’information en santé (FNPEIS) et avec les conseils généraux. En effet, 21 millions d’euros doivent permettre une augmentation du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein, pour atteindre 65 % de la population cible, l’assurance maladie y contribuant pour sa part à hauteur de 57 millions d’euros. La montée en charge du dépistage organisé du cancer

colorectal mobilisera 19 millions d'euros, pour une contribution de l'assurance maladie qui s'élèvera à 71 millions d'euros.

Des actions de prévention, d'information et de soutien aux associations intervenant dans le champ de la lutte contre le cancer seront financées à hauteur de 7,7 millions d'euros, tandis que 2,3 millions d'euros sont réservés pour la conduite d'expérimentations en faveur du maintien à domicile, de la lutte contre la douleur et des soins palliatifs.

Le reste des crédits, soit 6,5 millions d'euros, est réservé aux autres actions du plan cancer.

– Les actions de lutte contre le tabac et l'alcool seront dotées de 3,2 millions d'euros, dont la ventilation est présentée par le tableau suivant.

LA LUTTE CONTRE LE TABAC ET L'ALCOOL FINANCÉE PAR LE PLAN CANCER

(en euros)

Associations de lutte contre le tabac	675 000
Financement français du secrétariat de la conférence des parties de la convention cadre relative à la lutte anti-tabac (CCLAT) de l'OMS	140 000
Associations de lutte contre l'alcoolisme	1 050 000
Accompagnement en région de la seconde phase de l'interdiction de fumer	1 300 000
Total	3 165 000

Source : projet annuel de performances

Il est loisible de s'interroger sur la légitimité de l'imputation de ces crédits sur l'enveloppe de la lutte contre le cancer. En effet, les crédits consacrés à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme de l'action *Déterminants de santé* regroupent également des subventions au monde associatif. Quels critères président au choix de financer certaines associations de lutte contre le tabac au sein de la lutte contre le cancer plutôt que dans un cadre global de santé publique ? **En l'absence de lien évident des associations financées avec la thématique précise du cancer, un tel rattachement semble illégitime.** Non pas que la lutte contre le cancer ne doive pas prendre appui sur ses déterminants principaux, que sont en particulier les comportements individuels à risque – alcool, tabac, etc. - ; il n'en demeure pas moins que ces comportements à risque doivent avant tout faire l'objet d'une prise en charge globale, en tant qu'enjeux fondamentaux de santé publique.

– Des études et des expérimentations relatives aux liens entre nutrition et cancer mobiliseront 1,4 million d'euros en 2008. **Votre Rapporteur spécial souligne que la spécificité de ces actions justifie pleinement leur rattachement au plan cancer**, contrairement aux crédits évoqués précédemment : en effet, l'étude SUVIMAX, qui analyse l'impact de l'alimentation et de l'activité physique sur l'incidence des divers types de cancer, sera poursuivie, tandis que des projets locaux de prévention des cancers seront appuyés, destinés en particulier au dépistage du surpoids, en faveur de la consommation de fruits et légumes et de la pratique d'une activité sportive.

– L’expérimentation du dépistage organisé du cancer du col de l’utérus, qui doit permettre à 35 % des femmes d’y avoir accès, ainsi que le remboursement initié depuis 2007 du vaccin contre l’infection à *human papilloma virus* (HPV), requièrent des crédits à hauteur de 900 000 euros.

– La problématique des cancers professionnels mobilisera 500 000 euros en 2008, consacrés aux travaux de refonte de la réglementation sur l’amiante, aux études de la Haute autorité de santé (HAS) sur le suivi post-professionnel des travailleurs exposés à l’amiante, ainsi qu’à l’évaluation de l’impact sur la santé des travailleurs de l’interdiction de fumer.

– Enfin, 500 000 euros sont engagés pour le programme de recherche sur les cancers environnementaux, des études et des actions de prévention de l’impact des pesticides dans les départements ultramarins, et pour l’extension du système de prévision de l’index des rayonnements ultraviolets (UV).

b) La rationalisation de l’organisation de l’Institut national du cancer

L’instance de coordination de l’ensemble des actions de lutte contre le cancer, l’Institut national du cancer (INCa), sera dotée de 49,2 millions d’euros en 2008, soit une diminution de 2,7 % par rapport à 2007.

Constitué en 2005 sous la forme d’un groupement d’intérêt public entre l’État et les différents acteurs de la lutte contre le cancer – caisses d’assurance maladie, INSERM, CNRS, fédérations hospitalières et associations de patients –, l’Institut national du cancer est chargé de la définition de référentiels de bonnes pratiques en cancérologie, de l’information des professionnels et du public, de la coordination de l’effort de recherche sur le cancer, ainsi que d’un rôle d’expertise.

En 2007, le budget de l’INCa s’est élevé à 112,9 millions d’euros au total : le tableau suivant en présente la répartition.

BUDGET 2007 DE L’INCA

(en milliers d’euros)

Recettes		Dépenses	
Subventions de l’État	50 566	Personnel	14 683
Autres subventions et dotations	45 000	Fonctionnement	97 647
Ressources propres et autres	17 359	Investissement	595
Total	112 925	Total	112 925

Source : projet annuel de performances

Pour 2008, la subvention de l’État s’inscrit en diminution de 2,8 %, pour s’établir à 49,2 millions d’euros.

Après une période de turbulences pendant la phase de montée en charge de l’Institut, celui-ci s’est clairement engagé dans la voie de la stabilisation. La gestion et le fonctionnement de l’Institut ont été rationalisés, et la signature d’un contrat de performance devrait confirmer cet engagement.

D'ores et déjà, une convention a été conclue avec la direction générale de la santé (DGS) en matière de dépistage, avec pour objectif la généralisation du dépistage des cancers colorectaux et du sein. D'autre part, un programme commun a été mis en place avec la Haute autorité de santé, destiné à l'établissement de référentiels uniques en cancérologie, ainsi que sur les médicaments innovants. Un programme similaire a été monté avec l'INPES, qui a vocation à favoriser la collaboration des deux instances sur le plan de l'information et de la prévention : ainsi, la prévention du tabagisme est assurée par l'INPES, tandis que l'INCa s'est chargé de la prévention solaire.

Votre Rapporteur spécial souligne que ces démarches partenariales témoignent des avancées accomplies depuis la mi-2006, pour remédier aux blocages et au manque de coordination, problèmes qu'il avait soulevés dans son rapport d'information n° 3249 du 5 juillet 2006 sur la mise en œuvre du plan cancer.

Le changement de pilotage de l'INCa s'est également traduit par un recalibrage assez important des emplois de l'opérateur, passés de 209 équivalents temps plein travaillé (ETPT) en 2006 à 185 équivalents temps plein travaillé pour 2008. La structure des emplois de l'Institut pourrait également être appelée à évoluer, avec une diminution des activités dédiées à la communication au profit du développement de l'expertise médicale de l'opérateur.

2.– Une stabilité regrettable des crédits affectés à la lutte contre l'ensemble des maladies infectieuses

a) La lutte contre le VIH / SIDA, les IST et les hépatites

Pour 2008, 47,3 millions d'euros seront dédiés à la lutte contre les maladies et les infections sexuellement transmissibles, soit une augmentation de près de 2,4 % par rapport à 2007.

La loi de santé publique du 9 août 2004 a retenu un objectif de réduction de 20 % de l'incidence des cas de sida en cinq ans, mais également une diminution de l'incidence des infections sexuellement transmissibles (IST) et des hépatites. Ces cibles ont été reprises par le programme national de lutte contre le VIH et les IST pour la période 2005-2008, qui intègre pour la première fois la thématique des IST, suite à la recentralisation opérée sur ce point par la loi relative aux libertés et aux responsabilités locales du 13 août 2004.

Le programme national repose sur un dispositif préventif articulant une large accessibilité aux moyens de dépistage et aux préservatifs et prévoit des actions spécifiques auprès des publics prioritaires, en particulier la population des départements français d'Amérique (DFA), les migrants et les étrangers, les homosexuels, et les personnes séropositives, tandis qu'une action continue d'information et d'éducation à la santé est maintenue en direction de la population

générale. Un volet du plan est dédié à la prise en charge thérapeutique et à l'accompagnement des patients dans leur vie quotidienne.

S'agissant de la seule lutte contre le VIH / sida, le tableau suivant présente l'évolution des moyens qui lui sont consacrés, avec 0,85 million d'euros supplémentaires.

ÉVOLUTION DES CRÉDITS CONSACRÉS À LA LUTTE CONTRE LE VIH / SIDA

(en millions d'euros)

	2007	2008 (p)
Soutien aux associations nationales	3,69	3,69
Personnes atteintes	18,67	18,67
Population générale	5,96	5,96
Publics prioritaires	6,95	6,95
Outils structurels	0,93	1,78
Population ultramarine	0,18	0,18
Fonctionnement du conseil national du SIDA	0,03	0,03
Total	36,4	37,25

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports

Parmi ces dépenses, 82 % d'entre elles sont déléguées aux services déconcentrés, à destination d'actions mises en œuvre au travers des groupements régionaux de santé publique (GRSP) : elles financent principalement des associations.

Outre les crédits prévus au titre de la sous-action *Lutte contre le VIH / SIDA, les IST et les hépatites*, l'INPES consacre une partie importante de son budget à la communication, à l'information et à la prévention sur ce sujet, pour un montant qui s'est élevé à 23 millions d'euros en 2007 : une partie importante est consacrée au subventionnement des opérateurs de téléphonie santé, en particulier Sida-Info-Service.

Par ailleurs, l'assurance maladie contribue, hors dépenses de soins, aux actions de lutte contre le SIDA à travers le FNPEIS, le financement des appartements de coordination thérapeutique, ainsi que celui des centres de dépistage anonyme et gratuit. Cette prise en charge a représenté environ 56,3 millions d'euros en 2007.

Enfin, l'agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) a été dotée de 45 millions d'euros en 2007.

S'agissant de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST), les crédits qui lui sont spécifiquement destinés, d'un montant identique à l'année précédente à hauteur de 8,3 millions d'euros, correspondent au financement de 68 établissements de santé et de 20 centres de santé dans les 57 départements qui auront abandonné en 2008 leurs compétences en la matière, en application de la loi relative aux responsabilités et aux libertés locales du 13 août 2004.

S'agissant enfin de la lutte contre les hépatites B et C, les crédits, d'un montant de 1,8 million d'euros, sont encore une fois stables. **Votre Rapporteur spécial tient toutefois à souligner que cette apparente stabilité recouvre en réalité des incohérences importantes.** La ventilation des crédits présentée par le projet annuel de performances ne correspond sur aucun point aux informations recueillies par ailleurs par votre Rapporteur spécial : le doute ainsi jeté sur la crédibilité des priorités et des objectifs annoncés ne manquera pas de se propager au nouveau plan national de lutte contre les hépatites pour la période 2007-2011 qui devrait être annoncé prochainement. On ne peut que s'étonner à cet égard de l'inquiétante stabilité des moyens consacrés à cette lutte.

b) Les autres maladies infectieuses

Comme pour les infections sexuellement transmissibles (IST), la possibilité ouverte aux départements de se dessaisir de tout ou partie de leurs compétences sanitaires par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, a conduit à une recentralisation assez importante de la gestion des maladies infectieuses, en particulier de la lutte contre la tuberculose, pour laquelle, à ce jour, 51 départements ont abandonné leurs compétences, et les vaccinations, pour 41 d'entre eux.

Le programme national de lutte contre la tuberculose pour la période 2007-2011, présenté le 11 juillet dernier, vise à assurer un diagnostic précoce et un traitement adapté des cas de tuberculose, améliorer le dépistage, optimiser la stratégie vaccinale, maintenir un faible niveau de résistance, et favoriser une meilleure connaissance épidémiologique en la matière. 28,6 millions d'euros sont prévus à ce titre pour 2008, déconcentrés en quasi-totalité pour assurer le financement de 70 établissements de santé et 9 centres de santé dans les départements qui se sont dessaisis de leurs compétences. Seul 0,2 million d'euros ira financer, au niveau central, des actions de formation et d'information des professionnels de santé, des études sur les déterminants de la maladie, ainsi que le fonctionnement du comité de suivi du programme national. **Votre Rapporteur spécial remarque donc qu'aucune dotation supplémentaire n'est affectée à la mise en œuvre de ce plan de santé publique.**

Sur le plan des vaccinations, 17,6 millions d'euros sont destinés essentiellement aux structures habilitées dans ce domaine, c'est-à-dire 32 établissements publics de santé et 44 centres de santé. Des crédits résiduels à hauteur de 0,2 million d'euros financent la semaine de la vaccination organisée en collaboration avec l'INPES et l'organisation mondiale de la santé (OMS), qui passe par leur promotion régionale par le biais de partenariats et d'actions locales. **La dotation s'inscrit dans la plus stricte stabilité par rapport à 2007.**

3.– Une place marginale pour l'État dans le financement du plan psychiatrie et 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. Avec un taux de décès par suicide qui place la France parmi les cinq premiers pays européens, s'est imposée l'idée de relancer la stratégie nationale d'actions qui avait été mise en place sur la période 2000-2005 : ainsi, la loi de santé publique du 9 août 2004 a-t-elle fixé cinq objectifs relatifs à la santé mentale, qui se sont traduits dans la mise en place du plan psychiatrie et santé mentale pour la période 2005-2008.

Pour 2008, 6 millions d'euros sont prévus au bénéfice de la santé mentale et de la prévention du suicide, soit une augmentation de 7,1 % par rapport à l'exercice précédent.

Le plan étant essentiellement financé par l'assurance maladie au titre de l'ONDAM hospitalier, mais également de l'ONDAM médico-social, ainsi que par le biais du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), l'État n'y occupe qu'une place marginale, et se contente d'apporter, au niveau national, un soutien aux associations d'usagers et de familles, d'organiser la prévention et la prise en charge de la dépression, en particulier chez les personnes âgées, de conduire des études en épidémiologie psychiatrique et de contribuer à la formation à la gestion de la crise suicidaire. Pour 2008, des crédits supplémentaires, d'un montant de 177 000 euros, sont prévus pour la formation des médecins coordonnateurs, qui assureront l'interface entre le médecin traitant et le juge de l'application des peines, dans le cadre de la systématisation de l'injonction de soins au bénéfice des auteurs d'infractions les plus graves, prévue par la loi du 26 juillet 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.

Toutefois, 82 % de la dotation, soit 4,9 millions d'euros, est mise en œuvre au niveau déconcentré en vue d'actions relatives à l'aide à la personne et à l'accès au droit, à l'éducation à la santé, ainsi qu'à la formation et à l'information. Pour 2008, une priorité est donnée aux actions de formation au repérage de la crise suicidaire.

4.– Le financement résiduel des autres pathologies à forte morbidité

Les crédits résiduels de l'action *Pathologies à forte morbidité / mortalité* sont destinés aux maladies cardiovasculaires, aux maladies rares et à la santé bucco-dentaire.

Les maladies cardiovasculaires représentent en effet la première cause de mortalité en France, avec 180 000 décès par an, dont 25 % concernant des personnes de moins de 75 ans. Sont financées des actions de prévention, de suivi

épidémiologique, d'éducation thérapeutique, d'organisation des soins en matière d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), d'infarctus et de mort subite. En particulier, en 2008, la dotation de 590 000 euros ira au financement du dépistage renforcé et de la prise en charge de l'hypertension artérielle, à des études et expérimentations relatives aux disparités de prise en charge des cardiopathies coronaires, à la prise en charge de la mort subite d'origine cardiovasculaire, à l'information du public sur les signes d'alerte des AVC, ainsi qu'à des recherches spécifiques autour du lien entre pathologie vasculaire et démence, dans la mesure où les AVC représentent la deuxième cause de démence en France.

En France, on dénombre plus de 7 000 maladies rares identifiées qui concernent plus de 3 millions de personnes. Dès lors, le plan national relatif aux maladies rares pour la période 2005-2008 a 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. Pour 2008, 0,6 million d'euros ira au serveur d'information Orphanet, au groupement d'intérêt scientifique (GIS) maladies rares, ainsi qu'au soutien aux associations de malades.

Le renforcement de la prévention en matière bucco-dentaire constituait l'un des objectifs de la loi de santé publique du 9 août 2004. Le plan ainsi mis en place en novembre 2005 est porté financièrement par le fonds national de prévention, d'éducation et d'information en santé (FNPEIS). La contribution de l'État s'élève à 0,2 million d'euros pour 2008, destinés à l'évaluation du plan, à la diffusion de travaux menés sur la santé bucco-dentaire des personnes handicapées, ainsi que le soutien à des associations intervenant auprès de personnes en situation de précarité. La moitié de cette dotation est mise en œuvre de manière territorialisée au travers des groupements régionaux de santé publique (GRSP).

D.- L'ACTION *QUALITÉ DE LA VIE ET HANDICAPS* EST PORTÉE PAR LE NOUVEAU PLAN ALZHEIMER

L'action *Qualité de la vie et handicaps* recouvre les pathologies jugées à moindre mortalité et qui s'inscrivent dans la durée. La politique de santé publique menée à ce titre cherche à réduire les risques de survenue de handicaps ou de réduire leur gravité sur la vie des personnes malades, à travers le développement de la prévention et l'amélioration de la prise en charge.

Pour 2008, une hausse importante, de plus de 50 %, caractérise les crédits mobilisés au service de l'amélioration de la qualité de vie, de la prévention et de la prise en charge des handicaps, puisqu'ils s'établissent à 10,1 millions d'euros, contre 6,6 millions d'euros en 2007. Cet effort est retraduit dans le tableau suivant.

ÉVOLUTION DES CRÉDITS DE L'ACTION *QUALITÉ DE LA VIE ET HANDICAPS*

(en millions d'euros)

	2007	2008 (p)	Évolution (en %)
Santé périnatale	1,84	1,84	0
Santé de l'enfant et troubles de l'apprentissage	0,49	0,49	0
Diabète et maladies endocriniennes, maladies rénales et du sang, maladies musculo-squelettiques	0,28	0,28	0
Autres maladies chroniques	0,6	0,9	50
Maladie d'Alzheimer	0,81	3,36	+ 350,6
Maladies liées au vieillissement		0,29	
Douleurs et soins palliatifs	0,25	0,25	0
INPES	2,34	2,69	+ 15
Total	6,61⁽¹⁾	10,1	+ 52,7⁽²⁾

(1) Le différentiel constaté par rapport à la présentation globale des crédits tient aux prévisions effectuées en projet annuel de performances pour 2007, inférieures aux crédits finalement ouverts par la loi de finances initiale pour 2007, qui s'élève à 6,9 millions d'euros.

Source : projet annuel de performances

S'agissant du diabète et des maladies endocriniennes, des maladies rénales et du sang, des maladies musculo-squelettiques, et des autres maladies chroniques, 1,2 million d'euros est prévu principalement à destination des associations œuvrant dans le champ de ces pathologies, mais également en faveur de la formation des professionnels, souvent insuffisante au regard de la spécificité de ces maladies.

Votre Rapporteur spécial se réjouit de la prise de conscience des enjeux liés au handicap et à l'accompagnement des personnes souffrantes, dans un contexte de vieillissement démographique. Il souligne que la hausse des crédits se concentre essentiellement sur la lutte contre la maladie d'Alzheimer, avec la mise en place en 2008 d'un plan qui sera consacré.

1.— La priorité affirmée à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer

Aujourd'hui en France, 860 000 personnes sont touchées par la maladie d'Alzheimer, et 225 000 nouveaux cas apparaissent chaque année. Selon les projections, près de 1,3 million de personnes serait concerné par cette maladie neuro-dégénérative à l'horizon 2020.

Un nouveau plan Alzheimer devrait, conformément aux annonces faites par le chef de l'État, succéder au plan mis en œuvre sur la période 2004-2007, et dont le financement est récapitulé par le tableau suivant.

FINANCEMENT DU PLAN ALZHEIMER 2004-2007

(en millions d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2004-2007
État	0,4	1,7	3,3	0,7	6,1
Assurance maladie	20,4	9,8	9,8	9,8	49,7
Total	20,8	11,5	13	10,4	55,7

Source : annexe 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

Il convient de souligner la part marginale prise par l'État dans le financement de ce plan, qui, il est vrai, s'est principalement orienté vers le soutien aux structures sanitaires et médico-sociales.

Les priorités fixées par le nouveau plan Alzheimer pour la période 2008-2012 sont les suivantes :

– favoriser une prise en charge personnalisée et respectueuse de la dignité des patients atteints de la maladie ;

– créer une structure de recherche en neurosciences dédiée à la maladie ;

– renforcer le rôle du médecin traitant auprès des malades, favoriser le chaînage médico-social pour une prise en charge améliorée des patients, et permettre un libre choix entre l'hébergement en établissement et le maintien à domicile. À cet égard, le renforcement de l'offre de soins en établissement et de la prise en charge à domicile sera financé par l'assurance maladie ;

– enfin, développer un diagnostic et une prise en charge spécifique des malades précoces.

Le budget de l'État contribuera ainsi pour 3,4 millions d'euros à la mise en place du plan Alzheimer pour 2008, ce qui représente plus de la moitié de l'effort total consenti au titre du dernier plan. **Votre Rapporteur spécial approuve cet engagement, mais rappelle que l'essentiel du financement proviendra toujours de l'assurance maladie, en particulier des recettes nouvelles qui seront générées par les franchises médicales instaurées par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.** Or, ces modalités consacrent un financement des maladies par les personnes malades, que l'on ne peut que déplorer. La faiblesse de la participation de l'État au titre du plan Alzheimer, bien qu'en augmentation notable, illustre le renoncement plus général aux principes de solidarité nationale qui fondent notre système de protection sociale.

En marge du plan Alzheimer, il convient de souligner que 0,5 million d'euros au titre de l'action *Qualité de la vie et handicaps* est destiné aux maladies liées au vieillissement et aux soins palliatifs : sont ainsi financées principalement des mesures spécifiques du plan « bien vieillir » et la mise en œuvre de certaines actions au titre du plan douleur pour la période 2006-2010.

2.– La santé périnatale et de l'enfant

S'agissant de la santé périnatale, il s'agit de veiller à la santé des mères et des enfants, mais également de réduire le nombre des grossesses non désirées par une amélioration de l'accès à la contraception. Ces objectifs ont été traduits dans le plan périnatalité pour la période 2005-2007, financé à hauteur de 274 millions d'euros, dont 271 millions d'euros apportés par l'assurance maladie, et qui s'est attaché à sécuriser les maternités, améliorer le transport des mères et des nouveau-nés, renforcer les services de réanimation pédiatrique sur le territoire,

mais également mettre en place un nouveau carnet de santé maternité, et former les professionnels à l'entretien du quatrième mois de grossesse. Ces deux dernières mesures ont été prises en charge par le budget de l'État.

L'arrivée à échéance du plan en 2008 suppose avant tout d'en conduire une évaluation. Dans l'attente, les crédits se trouvent reconduits, à hauteur de 1,8 million d'euros, dont 1,4 million d'euros au profit des services déconcentrés, chargés d'assurer le fonctionnement des commissions régionales de la naissance et l'entretien du 4^{ème} mois, de soutenir des actions d'éducation et d'information auprès des femmes sur les risques liés aux conduites et expositions nocives pendant la grossesse, la contraception et l'interruption volontaire de grossesse (IVG), mais également de réaliser des études sur les structures d'accueil des femmes enceintes. Au niveau national, 0,3 million d'euros est destiné à la réduction du nombre de grossesses non désirées, le reste des crédits étant principalement destiné au soutien associatif.

S'agissant de la santé de l'enfant et de la prise en charge des troubles de l'apprentissage, 0,5 million d'euros, en stabilité par rapport à 2007, participe à l'élaboration de référentiels par la Haute autorité de santé sur le dépistage des troubles à destination des professionnels de santé, à des actions de formation et d'information relatives aux troubles sensoriels, ainsi qu'au soutien associatif.

CHAPITRE II : LE PROGRAMME OFFRE DE SOINS ET QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS

Ce programme a pour objet le pilotage stratégique de l'offre de soins en France et a dès lors pour vocation la garantie de la meilleure offre de soins, c'est-à-dire une offre de qualité, mais également une offre suffisante et répartie de manière à être accessible aux usagers.

La structuration du programme a connu de nombreuses évolutions : en effet, il était initialement constitué de trois actions. Or, en gestion, son responsable, la directrice de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS), procédait au déversement à parts égales des dépenses de l'action *Soutien* entre les actions *Niveau et qualité de l'offre de soins* et *Accessibilité de l'offre de soins*. L'action devenait donc, après ventilation interne, sans objet. Sa suppression a été préconisée par le comité interministériel d'audit des programmes (CIAP) : elle est devenue effective dès 2007. Toutefois, la dernière action a alors été scindée, laissant apparaître une action particulièrement modeste vouée au soutien de la télémédecine et des réseaux de santé, pour un montant de seulement 1,6 million d'euros.

L'année 2008 achèvera le processus de rationalisation, puisqu'elle ne conservera plus que deux actions : la première, qui garantit le niveau et la qualité de l'offre de soins, finance avant tout la formation initiale médicale et soutient le fonctionnement de la Haute autorité de santé. La seconde regroupe les subventions à l'ensemble des opérateurs acteurs de la politique de l'offre de soins. C'est donc l'action *Accessibilité de l'offre de soins* qui disparaît : l'État renonce par là au financement des réseaux de soins et de la télémédecine, en raison du montant particulièrement faible des crédits qui étaient jusqu'alors dégagés à ce titre.

I.- EN 2006 ET 2007, UNE EXÉCUTION EN APPARENCE SANS HEURTS, MAIS DONT LA PRÉSENTATION GAGNERAIT À ÊTRE AMÉLIORÉE

L'exécution des crédits pour 2006 a pour la première fois cherché à présenter une analyse des coûts complets du programme : on concédera que cette analyse souffre particulièrement de son indigence. En effet, l'analyse se contente de décrire ces coûts, qui recensent notamment les charges non décaissées en fin d'exercice. Celles-ci s'élèvent à un peu plus de 20 millions d'euros, lesquels correspondent à des dotations aux provisions pour risques constituées pour deux litiges européens (32,7 millions d'euros) et à un différentiel négatif de charges à payer de l'ordre de 12,1 millions d'euros.

Or, votre **Rapporteur spécial** tient à souligner l'importance de la **présentation des actions de politique publique en coûts complets** : les indications données demeurent ainsi largement insuffisantes, puisqu'elles ne précisent pas même à quoi correspond ce différentiel négatif de charges à payer.

Toute évaluation rigoureuse du montant de l'endettement du budget de l'État sur ce programme en est donc rendue impossible.

Préconisation 8 : Améliorer, à l'avenir, la présentation des coûts complets par action de politique publique, en précisant notamment la nature des charges à payer qui s'imputent sur chaque action, ainsi que leur évolution.

Les crédits votés en loi de finances initiale pour 2006 se sont établis à 100,93 millions d'euros d'autorisations d'engagement et à 102,5 millions d'euros de crédits de paiement. Les crédits exécutés s'élèvent finalement à 99,26 millions d'euros d'autorisations d'engagement et 100,05 millions d'euros de crédits de paiement. C'est une très légère sous-exécution qui caractérise cette action, en tenant compte d'une annulation de 1,1 million d'euros en cours d'année.

S'agissant de l'action *Niveau et qualité de l'offre de soins*, dotée de 70 millions d'euros en loi de finances initiale, elle a fait l'objet d'une sous-exécution de 4,7 millions d'euros en crédits de paiement.

Les dépenses de fonctionnement dédiées à l'organisation des concours nationaux de la fonction publique hospitalière se sont révélées moins importantes que prévu, - 1,9 million d'euros contre 2,5 millions d'euros inscrits en loi de finances initiale. Mais c'est la subvention à la Haute autorité de santé qui rend compte d'une grande partie de la sous-consommation des crédits de l'action : en effet, alors qu'elle était initialement prévue à hauteur de 9,6 millions d'euros, cette subvention a été réduite de 3,5 millions d'euros en raison du niveau très important du fonds de roulement de la Haute autorité, qui atteint 45 millions d'euros et de ses réserves de trésorerie immédiates, qui représentent 35 millions d'euros. Une partie de ces crédits a d'ailleurs fait l'objet d'un redéploiement vers l'action de *Soutien* du programme, afin de répondre aux besoins de couverture des frais de contentieux.

Votre Rapporteur spécial s'inquiète néanmoins de la qualité des informations relatives à l'exécution budgétaire qui sont transmises à la représentation nationale. En effet :

– les crédits dépensés au titre de la formation médicale des internes et de l'année-recherche, ainsi que la justification qui leur est apportée, masquent largement le niveau d'endettement atteint sur ces dispositifs, à hauteur de 16,5 millions d'euros au 31 décembre 2005. Les raisons invoquées par le rapport annuel de performances pour rendre compte de la sous-consommation des crédits sur cette action sont donc source d'erreur. **C'est en réalité une sous-dotation chronique qui caractérise les dispositifs de formation des internes en médecine.**

– le plan de démographie médicale du 25 janvier 2006, qui a conduit à mettre en place une nouvelle possibilité de stage en deuxième cycle d'études médicales, **n'a donné lieu à aucune ouverture de crédits supplémentaires** ; or,

le rapport de performances passe sous silence ce nouveau dispositif, qui ne fera, il est vrai, qu'aggraver l'endettement existant au titre de la formation médicale initiale.

Sur un montant de 1,5 million d'euros inscrit en loi de finances initiale au titre de l'action *Accessibilité de l'offre de soins*, 1,3 million d'euros a été destiné au déploiement de la télémédecine dans neuf régions, tandis que 387 845 euros ont été dépensés au titre des réserves parlementaires.

Quant à l'action *Soutien*, la surconsommation de ses crédits – un peu moins de 33 millions d'euros en 2006 contre 30,9 millions d'euros inscrits en loi de finances initiale – est liée à la forte augmentation des dépenses de contentieux afférents à la sectorisation psychiatrique ainsi qu'aux autorisations d'ouvertures de laboratoires et d'officines pharmaceutiques : en effet, ces dépenses ont atteint 4,1 millions d'euros contre 875 000 euros prévus initialement.

Concernant les subventions pour charges de service public versées aux opérateurs du programme – l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), le groupement d'intérêt public « Carte professionnelle de santé » (GIP-CPS), et les 26 agences régionales de l'hospitalisation (ARH) -, elles sont strictement conformes à l'autorisation parlementaire, comme le montre le tableau suivant, et cela, en dépit des mesures de gels et d'annulations sur le programme, affecté pour un montant total de 1,1 million d'euros.

SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC

(en millions d'euros)

	ARH	ATIH	GIP CPS	Total
Autorisations d'engagement	19,63	1,56	0,77	21,96
Crédits de paiement	19,63	1,56	0,77	21,96

Source : rapport annuel de performances

Il convient toutefois de souligner que la subvention aux opérateurs a été maintenue à l'identique, alors que les emplois effectifs ont été inférieurs aux prévisions, soit 349 équivalents temps plein travaillé contre 376 initialement prévus.

Pour 2007, l'exécution des crédits du programme, telle qu'indiquée par le tableau suivant, s'effectue apparemment sans heurts.

EXÉCUTION DU BUDGET DU PROGRAMME *OFFRE DE SOINS ET QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS* AU 31 JUILLET 2007

(en euros)

	AE	CP
Crédits LFI	100 282 305	103 882 305
Reports de crédits	631 957	1 359 120
Décrets d'avance	-224 526	-58 101
Fonds de concours	-	-
Crédits ouverts	100 689 736	105 183 324
Crédits consommés	57 885 883	52 191 607
Taux de consommation (en %)	57,49	49,62

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports

II.- UNE MESURE DE LA PERFORMANCE ENCORE TRÈS PARTIELLE EN 2006, MAIS QUI GAGNE PROGRESSIVEMENT EN CRÉDIBILITÉ

En 2006, trois objectifs, assortis chacun d'un indicateur, étaient associés à la conduite du programme *Offre de soins et qualité du système de soins*. Dans le cadre du projet de loi de finances pour 2008, un nouvel objectif a été fixé, et trois nouveaux indicateurs sont venus enrichir l'évaluation de la performance des acteurs de cette politique publique.

Le premier objectif vise à « *optimiser le pilotage de l'offre de soins* » et passe par la mesure du « *taux d'atteinte des objectifs nationaux figurant dans les contrats passés entre l'État et les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH)* ». Cet indicateur, pour pertinent qu'il soit, a vu ses prévisions, sous-évaluées, très largement dépassées en 2006. Au demeurant, la portée de cet indicateur était à ce stade limitée, dans la mesure où seules cinq Agences avaient fait l'objet d'une telle évaluation en 2006. La généralisation de la démarche de contractualisation entre l'État et les Agences en 2007 devait néanmoins permettre à terme de disposer, grâce à cet indicateur, d'un outil efficace d'évaluation de la performance des ARH.

Préconisation 9 : Des objectifs et des cibles crédibles doivent être fixés. Il conviendra ainsi, pour l'indicateur relatif à la contractualisation avec les ARH, de relever en conséquence les prévisions pour les années suivantes, l'objectif fixé pour 2007 étant d'ores et déjà dépassé.

Un nouvel indicateur relatif à l'activité de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation a été adjoint pour 2008 à cet objectif : s'il demeure indisponible à ce stade, il confirme la démarche résolue d'élargir l'évaluation de la performance à l'ensemble des acteurs de la politique de l'offre de soins et de la qualité du système de soins.

S'agissant de l'objectif d'amélioration de l'impact de l'évaluation du système de santé, l'indicateur qui lui est associé souffre d'une grande instabilité. Il mesurait en 2006 le « *taux de recommandations de la Haute autorité de santé*

(HAS) suivies », pour lequel les résultats ont été conformes aux prévisions. Néanmoins, cet indicateur a été abandonné pour 2007 au profit de la mesure du « *taux de levée des conditions mises à la certification par la Haute autorité de santé* », qui s'avérait plus pertinent dans le cadre de la mission de certification des établissements de santé confiée à la Haute autorité.

En 2008, un objectif afférent à l'année-recherche devait s'y substituer : il lui a finalement été adjoint, ce dont se félicite votre Rapporteur spécial, pour deux raisons.

– D'une part, un argument avancé en faveur de l'abandon d'un indicateur portant sur l'activité de la Haute autorité était lié à l'indépendance de cette dernière : or, les autorités administratives indépendantes ne sauraient échapper à l'évaluation de la performance dans le cadre de la mise en œuvre de la LOLF.. La Haute autorité est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, dotée de la personnalité morale et disposant de l'autonomie financière. Dès lors, aucune raison ne permettrait de justifier son exclusion du champ des opérateurs de l'État, définis comme toute entité dotée de la personnalité morale, contrôlée par l'État au travers de ses organes de direction ou parce que le financement de l'État y est majoritaire, et mettant en œuvre des politiques publiques.

– D'autre part, il était indispensable d'engager une authentique démarche d'évaluation au titre de la formation médicale initiale : c'est chose faite avec la mesure du « *taux d'internes ayant effectué l'année-recherche qui participent à des fonctions de recherche à un an et cinq ans* », qui a pour finalité la promotion de la recherche médicale.

Plus de 70 millions d'euros par an sont en effet consacrés par l'État à la formation médicale : au regard de son importance financière, mais aussi et surtout des enjeux considérables que représente la formation médicale pour la qualité du système de soins, l'objectif initial brillait par ses insuffisances. Il s'agissait en effet de « répondre aux besoins de formation des étudiants en médecine », en mesurant le taux de satisfaction de ces derniers relativement aux stages extrahospitaliers de troisième cycle prévus dans le cadre de leur formation. Les résultats demeuraient d'ailleurs indisponibles en 2006. Cet objectif, modifié dans le cadre du projet de loi de finances pour 2008, est désormais orienté vers l'adaptation de « *la formation des étudiants en fonction des besoins de santé* ». Si l'indicateur relatif à la satisfaction des étudiants est conservé, un second indicateur, dont il convient de saluer la pertinence, a été associé, destiné à mesurer le « *pourcentage des étudiants en médecine s'orientant vers la médecine générale* ». La cible fixée pour 2010 s'établit à 52 %, tandis que les prévisions pour 2008 s'élèvent à 48 %. Cette évolution témoigne de la prise en compte des difficultés actuelles tenant à la démographie médicale, et notamment de l'insuffisante attractivité de la médecine générale, également constatée par la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2007 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

III.- LE PROGRAMME OFFRE DE SOINS ET QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS EN 2008

Le programme retrace les crédits consacrés à la gestion des établissements et des personnels concourant à l'offre de soins, ainsi qu'à la formation et à la bonne répartition de ces derniers sur le territoire. Au sein de la politique de santé publique retracée dans la mission *Santé*, le volet *Offre de soins et qualité du système de soins* bénéficie d'une hausse conséquente des crédits qui lui sont consacrés en 2008, avec une progression de 15 % en termes d'autorisations d'engagement et de 9,3 % en termes de crédits de paiement : ainsi, pour 2008, 115,3 millions d'euros d'autorisations d'engagement et 113,5 millions d'euros de crédits de paiement y sont consacrés.

Il convient de noter également que le programme est affecté par une modification de son périmètre : en effet, l'action *Accessibilité de l'offre de soins* disparaît en 2008, faute de crédits pour financer d'une part la conférence nationale des réseaux (CNR) et d'autre part les contrats de plan afférents à la télémédecine.

ÉVOLUTION DES CRÉDITS DU PROGRAMME OFFRE DE SOINS ET QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS

(en millions d'euros)

	LFI 2007	PLF 2008
Niveau et qualité de l'offre de soins	66,48	72,84
Organisation des concours	2,02	—
Subvention au Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)	—	3,7
Études, projets, achats de prestations	1,35	1,5
Formation des internes	56,64	59,65
Année-recherche	5,46	5,49
Haute autorité de santé	1	2,5
Accessibilité du système de soins	1,35	—
Modernisation du système de soins	36,34	40,66
ARH	22,06	22,06
ATIH	1,83	2,37
GIP CPS	0,77	0,77
CNG	2,29	3,74
Frais de justice	4	4
Transferts aux collectivités d'outre-mer	5,40	4,72
Actions de formation / Organisation de l'élection de l'ordre infirmier	—	3
Total	100,57	113,50

Source : projet annuel de performances

A.- IL EST IMPÉRATIF DE SOLDER LA DETTE AU TITRE DE LA FORMATION MÉDICALE

La formation initiale médicale financée au titre de l'action *Niveau et qualité de l'offre de soins* est constituée :

— des stages extrahospitaliers et en médecine générale des internes, qui conduisent à un remboursement des frais occasionnés aux centres hospitaliers universitaires (CHU) ainsi que des honoraires pédagogiques des maîtres de stages ;

– de l'année-recherche, créée en 1985 pour permettre aux mieux classés de l'internat d'effectuer une année de recherche médicale ou biomédicale ;

– depuis 2007, d'un stage de sensibilisation à la médecine générale pour les externes en deuxième et troisième année du deuxième cycle des études médicales ;

– ainsi que de façon résiduelle, à hauteur de 7 000 euros pour 2008, des bourses d'études aux élèves et étudiants paramédicaux de Mayotte.

Le tableau suivant illustre la dégradation progressive de l'équilibre budgétaire au titre des stages extrahospitaliers et en médecine générale des internes.

LE FINANCEMENT DE LA FORMATION MÉDICALE DES INTERNES

(en millions d'euros)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007 (p)
Dotation en LFI	38,1	8,1	48,1	46	51	50,1	56,6
Reports crédits LFI	0,4	0,2	0	3,5	4,4	0	0
LFR année antérieure	4,6	0	12	15,8	0	0	0
Fongibilité des crédits	0	0	0	0	0	0,2	0
Total	43,1	8,1	60	65,3	55,4	51,2	56,6
Demandes des services déconcentrés	73	39,5	73	68,2	69,7	68,6	74,7
au titre de l'année	41,3	6	37,5	55,2	63,9	54	57,4
au titre de la dette cumulée	31,7	33,5	35,6	13	5,8	14,5	17,3

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports

Pour 2008, la formation médicale des internes bénéficiera de 59,7 millions d'euros, soit une progression de 5,3 %, largement insuffisante pour couvrir les besoins persistants au titre des années passées, puisque la dette cumulée sur ce chapitre atteint 17,3 millions d'euros en 2007.

Si votre Rapporteur spécial demeure attentif à une éventuelle ouverture de crédits supplémentaires susceptible d'intervenir en loi de finances rectificative, il considère que l'assainissement de la situation exige une inscription dans la durée de dotations budgétaires à la hauteur des enjeux. En effet, non seulement la formation médicale initiale est fondatrice de la qualité de l'offre de soins et ne relève aucunement d'une politique soumise à de quelconques aléas, mais la mise en place en 2007 d'un stage de deuxième cycle en médecine générale conduira inmanquablement à un alourdissement des charges supportées par le dispositif.

Face à la désaffection constatée des étudiants pour la médecine générale, la sensibilisation à cette spécialité à travers une offre de stages dès le deuxième cycle est appréciable. Toutefois, sans moyens afférents, l'orientation choisie s'apparente à une coquille vide.

S'agissant de l'année recherche, le tableau suivant récapitule l'évolution défavorable constatée pour son financement.

LE FINANCEMENT DE L'ANNÉE-RECHERCHE

(en millions d'euros)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007 (p)
Dotation en LFI	5,46	5,46	5,45	5,45	5,45	5,46	5,46
Reports crédits LFI	0,06	0,15	1,72	0,49	0,12	—	—
LFR année antérieure	—	—	—	2,90	—	—	—
Gels	—	—	—	—	- 0,10	- 0,29	—
Total	5,52	5,61	7,17	8,86	5,57	5,18	5,46
Total des besoins	8,28	8,37	14,21	10,52	9,81	10,66	9,38
<i>au titre de l'année</i>	8,28	8,37	10,69	9,69	7,69	7,92	7,42
<i>Insuffisances cumulées</i>	—	—	3,52	0,83	2,12	2,74	1,96

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports

Pour 2008, 5,49 millions d'euros seront consacrés au financement de l'année-recherche. La dotation de l'État est globalement restée inchangée dans les dernières années, malgré des besoins qui se sont révélés supérieurs aux prévisions. **Ainsi, à la fin de l'exercice 2007, la dette au titre de l'année recherche s'élève-t-elle à 1,96 million d'euros.**

Comme pour les stages extrahospitaliers et en médecine générale des internes, un apurement du dispositif gagnerait à être effectué en loi de finances rectificative. Toutefois, seule une dotation durablement calquée sur les besoins existants peut permettre la non-réapparition d'une dette sur ce chapitre. **Notre Rapporteur spécial estime que cette voie doit être privilégiée au détriment de celle qui a prévalu ces dernières années, et qui a consisté à tenter d'adapter les besoins aux crédits ouverts, comme ce fut le cas pour l'année universitaire 2003-2004 qui a vu la réduction des droits ouverts à l'année-recherche de 10 à 6,5 % des internes.**

Indépendamment de ces crédits d'intervention, l'action *Niveau et qualité de l'offre de soins* retrace également des crédits de fonctionnement, à hauteur de 5,2 millions d'euros pour 2008, soit une progression de 54 % par rapport à 2007 : ils renvoient aux moyens consacrés à la réalisation d'études, de projet et à l'achat de prestations, pour un montant prévisionnel de 1,5 million d'euros, ainsi qu'une subvention versée au conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) en vue du fonctionnement du dispositif de formation médicale continue (FMC).

B.- LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ : DES MOYENS EN BAISSÉ POUR DES COMPÉTENCES TOUJOURS CROISSANTES

Créée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la Haute autorité de santé est chargée de l'évaluation de l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé, de la mise en œuvre de la certification des établissements de santé et de la promotion des bonnes pratiques et du bon usage des soins auprès des professionnels de santé et du grand public.

Le tableau suivant retrace l'évolution du budget de la Haute autorité de santé depuis 2005.

ÉVOLUTION DU BUDGET DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ 2005-2007

(en millions d'euros)

	Exécution 2005	Budget prévisionnel 2006	Exécution 2006 (p)	Budget prévisionnel 2007
Subventions	48,1	50,3	48,6	3
Subvention de l'État	8,8	9,6	9,6	1
Dotation assurance maladie	19,6	19,3	19,3	2
Taxes sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques	19,6	21,4	19,6	19,6
Ressources propres	13,9	12,7	13	9
Contribution financière	9,3	9,8	9,8	8,9
Redevance des industries	4,3	2,8	2,8	4,2
Total	62	63,1	61,6	36

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports

Une nette réduction de la subvention de l'État peut être observée à partir de 2007 : elle devrait s'établir à 2,5 millions d'euros pour 2008, contre un million d'euros seulement en 2007. Cette diminution notable, qui s'accompagne du désengagement de l'assurance maladie, dont la dotation passe ainsi de 19,6 millions d'euros en 2006 à 2 millions d'euros en 2007, est à mettre au compte du niveau du fonds de roulement de la Haute autorité, qui a été sollicité à hauteur de 35 millions d'euros en 2007 en vue d'équilibrer le budget de l'organisme.

Votre Rapporteur spécial s'inquiète de ce retrait prolongé de l'État et de l'assurance maladie du financement de l'établissement : si l'on peut juger légitime l'objectif de réduction du fonds de roulement au niveau des réserves prudentielles, un épuisement de celui-ci est, dans le cas de la Haute autorité, à craindre. Il s'élève en effet à 13,3 millions d'euros à la fin 2007. Dès lors, en l'absence d'une dotation conséquente de l'assurance maladie en 2008, les moyens budgétaires de la Haute autorité s'en trouveront sensiblement atrophés, d'autant plus que l'on assiste parallèlement au renforcement des moyens humains de l'organisme, qui passent de 366 équivalents temps plein travaillé (ETPT) en 2006 à 400 ETPT en 2007.

Une fois de plus, votre Rapporteur spécial déplore l'absence d'informations relatives aux prévisions budgétaires pour 2008 : il réitère son appel à communiquer davantage d'informations relatives à l'évolution de son budget au sein des annexes au projet de loi de finances. **Il considère en outre qu'à l'heure où il est bon d'affirmer que la maîtrise des dépenses de santé dépend largement d'une amélioration des pratiques médicales et de l'évaluation de l'utilité des médicaments et des soins, il semble regrettable d'assister au**

désengagement des deux instances maîtresses de la santé publique, l'État et l'assurance maladie.

Du reste, l'article 29 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoit de confier de nouvelles missions à la Haute autorité, à travers le développement de ses capacités d'évaluation médico-économique. Dans un contexte d'extension des compétences de la Haute autorité, il semble fâcheux de procéder à une réduction drastique de ses moyens.

C.- LA MODERNISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

La politique de modernisation du système de santé sera dotée de 42,5 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de 40,7 millions d'euros de crédits de paiement en 2008, en progression respectivement de 32 % et de 14 % par rapport à 2007.

Les dépenses de fonctionnement courant représentent 7 millions d'euros : parmi elles, les frais de justice des contentieux liés aux autorisations d'ouverture de pharmacie et de laboratoires et à la sectorisation psychiatrique mobiliseront, comme en 2007, 4 millions d'euros.

LES FRAIS DE CONTENTIEUX AFFÉRENTS À L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS

Les frais de justice des contentieux relatifs à l'organisation du système de soins recouvrent quatre catégories :

– *le contentieux des pharmacies et des laboratoires d'analyse.* Jusqu'en 1999, la création d'une officine pouvait être obtenue de façon dérogatoire par voie d'autorisation préfectorale. Ce régime dérogatoire, qui a suscité de nombreux contentieux de la part de demandeurs non satisfaits et de pharmaciens mécontents de l'octroi de telles dérogations, a été supprimé par la loi du 17 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle, ce qui devrait permettre de limiter les recours contentieux. Les frais à ce titre ont néanmoins représenté 2,9 millions d'euros en 2006 ;

– *le contentieux de la sectorisation psychiatrique.* Il correspond à des sommes dues par l'État aux établissements de santé, pour des dépenses exposées par ces derniers au titre de la sectorisation psychiatrique, antérieurement à 1986, date à laquelle la couverture de ces dépenses a été mise à la charge de l'assurance maladie. En 2005, les dépenses se sont établies à 2,2 millions d'euros, tandis que ce montant était déjà atteint en août au titre de 2007. La dette totale s'élèverait encore à 37,2 millions d'euros ;

– *le contentieux des établissements de santé publics et privés.* Il renvoie à des indemnités dues à l'annulation d'arrêtés préfectoraux de refus de création de lits, d'activités spécifiques, comme la chirurgie, ou de matériels ;

– *les autres contentieux.* Les plus significatifs sont relatifs à la carrière des praticiens hospitaliers et des directeurs d'hôpitaux, mais également aux autorisations d'exercice des professions médicales et paramédicales et aux transports sanitaires.

Deux dépenses nouvelles seront également financées au titre du fonctionnement courant en 2008 :

– des actions de formation et de communication auprès du personnel des agences régionales de l’hospitalisation, à hauteur de 1,5 million d’euros ;

– mais également l’organisation de l’élection de l’ordre infirmier, pour le même montant.

En outre, près de 29 millions d’euros iront aux principaux acteurs de la modernisation du système de santé que sont les agences régionales de l’hospitalisation (ARH), l’Agence technique de l’information sur l’hospitalisation (ATIH), mais également le Centre national de gestion (CNG) et le groupement d’intérêt public « carte professionnelle de santé » (GIP CPS). La répartition de cette dotation fait l’objet du tableau suivant.

**SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC DES OPÉRATEURS
DE LA MODERNISATION DU SYSTÈME DE SOINS**

(en euros)

	ARH	ATIH	GIP CPS	CNG	Total
Subvention pour charges de service public	22 060 000	2 372 754	768 500	3 740 743	28 941 997

Source : projet annuel de performances

1.– Les agences régionales de l’hospitalisation : des acteurs incontournables, mais dont l’avenir doit être repensé

Créée par l’ordonnance du 24 avril 1996, les 26 agences régionales de l’hospitalisation (ARH) qui couvrent le territoire national sont chargées de la définition et de la mise en œuvre de la politique régionale d’offre de soins hospitaliers. Pour ce faire, elles analysent et coordonnent l’activité des établissements de santé publics et privés, contrôlent leur fonctionnement et déterminent leurs ressources.

En 2007, outre la subvention de l’État et les contributions des régimes d’assurance maladie, les ARH ont bénéficié d’une dotation spécifique en provenance du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), destinée à financer diverses instances d’accompagnement et d’appui à l’investissement et à la modernisation hospitaliers.

BUDGET 2007 DES ARH

(en millions d’euros)

Recettes		Dépenses	
Subvention de l’État	22	Personnel	27
Contribution de l’assurance maladie	5,4	Fonctionnement	9
Subvention du FMESPP	9,5	Investissement	0,9
Total	36,9	Total	36,9

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports

Pour 2008, la subvention de l'État aux ARH devrait être reconduite, à hauteur de 22,1 millions d'euros.

Les dépenses de personnel des agences représentent en moyenne 73 % de leur budget : ainsi, en 2007, 400 personnes au total étaient employées au sein des ARH, qui comprennent les 26 directeurs. Parmi leurs 374 collaborateurs, 316 sont rémunérés sur le budget des agences et 58 sont mis à disposition par l'assurance maladie au titre des apports prévus par les conventions constitutives.

Les prévisions pour 2008 font état de 408 équivalents temps plein travaillé (ETPT) au total au sein des agences, dont 351 ETPT rémunérés par elles et 58 mis à disposition.

Toutefois, il convient de signaler que sont également mis à disposition des agences des personnels des services départementaux et régionaux compétents en matière sanitaire, mais aussi en provenance des caisses régionales d'assurance maladie ainsi que de l'échelon régional du contrôle médical : au total, 80 agents sont en moyenne ainsi mis à disposition de chaque ARH, avec un effectif qui peut varier selon les régions d'une vingtaine de personnes à plus de trois cent en Ile-de-France.

Plus de dix après leur création, les agences régionales de l'hospitalisation se sont imposées comme un acteur incontournable de la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers. Elles sont pleinement investies dans la planification à travers la préparation des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) de troisième génération et la déconcentration des autorisations d'activité ; elles participent de la démarche de qualité initiée dans le champ hospitalier avec la certification et l'évaluation des pratiques professionnelles ; mais surtout, elles accompagnent pleinement la montée en charge de la tarification à l'activité (T2A).

L'affirmation du rôle des agences vis-à-vis des établissements de santé passe par des contrats pluriannuels signés avec chacun d'eux. En retour, un contrat d'objectifs et de moyens lie chaque ARH à la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS).

Votre Rapporteur spécial souligne le chemin parcouru depuis la mise en place des agences et les progrès accomplis sur le plan de l'organisation régionale de l'offre de soins. Il remarque toutefois que le pilotage hospitalier reste insuffisant en l'absence d'une véritable coordination avec le champ des soins de ville. Un décloisonnement s'avère nécessaire, avec l'instauration d'un dispositif régional unifié de régulation du système de santé. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie dressait déjà un tel constat et prévoyait la constitution des missions régionales de santé (MRS), qui devaient regrouper les ARH et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), et qui préfiguraient les futures agences régionales de l'hospitalisation (ARS).

On connaît l'échec de la mise en place des missions régionales de santé. En raison des difficultés de positionnement institutionnel rencontrées pour la

gestion de questions communes aux champs ambulatoire et hospitalier, aucune avancée n'a pu être constatée, ce que regrettait déjà votre Rapporteur spécial l'an passé. Or, l'expérimentation des agences régionales de santé doit impérativement être relancée, car elles constituent un élément indispensable à l'instauration d'une véritable continuité des soins. **Votre Rapporteur spécial réitère donc son appel à la mise en place de telles instances au niveau régional, et se félicite du récent projet de relance de l'expérimentation annoncé par la ministre de la santé.**

2.– La reconnaissance de l'expertise de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) conduit à un renforcement de ses moyens

Créée par le décret n° 2000-1282 du 26 décembre 2000, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) est chargée de l'amélioration du pilotage du système hospitalier. Responsable *ab initio* de la mise en œuvre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), ses missions se sont élargies dans le cadre de la réforme de la tarification à l'activité (T2A) puisqu'elle organise la collecte des données comptables, budgétaires, d'activité, et de coûts des établissements de santé et qu'elle s'est également vue confier une participation à l'élaboration des nomenclatures de santé.

En 2007, l'Agence a centré son action sur :

– la création d'une nouvelle version de la classification des « groupes homogènes de malades » (GHM) destinée à améliorer la description des séjours médicaux, en tenant compte des critères de lourdeur de la prise en charge ;

– le suivi de l'étude nationale des coûts (ENC) des établissements de santé des secteurs public et privé, dans le cadre de l'objectif de convergence tarifaire fixé par la réforme de la tarification à l'activité (T2A), ainsi que la définition d'une étude nationale des coûts pour les services d'hospitalisation à domicile (HAD) ;

– la préparation de l'expérimentation de la tarification à l'activité dans le champ des soins de suite et de réadaptation (SSR) ;

– la généralisation du recueil d'informations médicalisées dans le champ de la psychiatrie ;

– et sur la poursuite des travaux de réalisation du dispositif d'information « Parthage » à destination des agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

L'évolution du budget de l'Agence, qui est cofinancé pour un tiers par l'État et pour deux tiers par l'assurance maladie, fait l'objet du tableau suivant.

ÉVOLUTION DU BUDGET HORS INVESTISSEMENT DE L'ATIH

(en milliers d'euros)

	2006	2007
Ressources		
Subvention de l'État	1 557	1 827
Contribution de l'assurance maladie	3 114	3 654
Subvention du FMESPP ⁽¹⁾	200	500
Autres ressources	752	1 041
Perte	295	332
Total ressources	5 918	7 354
Dépenses		
Personnel	3 542	4 618
Fonctionnement	1 921	2 248
Autres	455	488
Total dépenses	5 918	7 354

(1) Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports

Le fonds de roulement a été sollicité à hauteur de 359 000 euros en 2006 et de 519 000 euros en 2007 : il devrait ainsi s'établir à 1 861 000 euros à la fin de l'année, soit deux mois et demi du budget de fonctionnement.

En 2007, les effectifs de l'Agence ont été renforcés, avec la création de 12 emplois, ce qui les a portés à 60 au total. Cette dynamique devrait se poursuivre en 2008, avec l'obtention d'une part, de 16 emplois supplémentaires, soit 7 équivalents temps plein travaillé (ETPT), et d'autre part de 16 emplois également, mais qui correspondent à 11 ETPT, au titre du transfert d'une partie des missions de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) à l'Agence, et du développement de ces missions. **Au total, les emplois de l'Agence passeront à 78 ETPT en 2008.**

Compte tenu du niveau prévisible des ressources propres de l'Agence en 2008, évaluées à 1 050 000 euros, la subvention de l'État devrait s'élever à 2 373 000 euros, la subvention de l'assurance maladie se portant dès lors mécaniquement à 4 654 000 euros. Par ailleurs, l'apport prévu au titre du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) s'établirait à 800 000 euros. Selon ces estimations, le fonds de roulement devrait être sollicité à hauteur de 638 000 euros.

Ces moyens supplémentaires doivent permettre à l'Agence de renforcer ses actions dans les domaines suivants :

- la collecte des données relatives à la performance des établissements ;
- la mise en œuvre du modèle transitoire de T2A des soins de suite et de réadaptation (SSR) pour les établissements publics de santé ;
- la mise en place des études nationales de coûts (ENC) pour les champs de l'hospitalisation à domicile (HAD) et de SSR des secteurs public et privé ;

– la réalisation de systèmes d’information relatifs à la mise en place de nouveaux recueils d’information, notamment dans le domaine de la radiothérapie et de l’observation des médicaments.

Le renforcement des moyens de l’Agence s’inscrit pleinement dans la continuité de la démarche initiée par le contrat d’objectifs et de moyens signé à l’automne 2007, et qui trace les prévisions budgétaires suivantes.

PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES DU CONTRAT D’OBJECTIFS ET DE MOYENS SIGNÉ PAR L’ATIH
(en milliers d’euros)

	2007	2008	2009	2010
Ressources budgétaires	7 293	8 006	10 511	11 400
dont dotation de l’État	1 827	2 055	2 457	3 017

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports

Ces projections témoignent de l’importance croissante des missions de l’ATIH dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de la tarification à l’activité dans le domaine hospitalier, mais également pour l’amélioration du partage des systèmes d’information des acteurs de la santé.

3.– La montée en charge du centre national de gestion (CNG)

Organisé par le décret n°2007-704 du 4 mai 2007, **le centre national de gestion (CNG) se voit confier la gestion des ressources humaines des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, soit environ 40 000 personnes, dont 35 000 praticiens.** Il assure en outre la gestion et la rémunération des conseillers généraux des établissements de santé (CGES) et des personnels en recherche d’affectation, et est responsable de l’organisation des concours de recrutement des personnels de direction et des praticiens hospitaliers, ainsi que des concours des directeurs de soins, des attachés d’administration hospitalière, des internats, des épreuves classantes nationales et des procédures d’autorisation d’exercice des professions médicales et de pharmacien.

L’installation du centre doit être finalisée à la fin du mois de septembre 2007.

Le centre est financé par une contribution des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux, dans la limite de 15 % de leur masse salariale, par une subvention de l’État, ainsi que par une dotation des régimes obligatoires de l’assurance maladie. Pour 2007, le budget du centre est retracé dans le tableau suivant.

BUDGET DU CENTRE NATIONAL DE GESTION EN 2007

(en millions d'euros)

Recettes		Dépenses	
Subvention de l'État	2,8	Personnel	23,0
Dotations de l'assurance maladie	14,2	Fonctionnement	7,9
Contribution des établissements	14,6	Investissement	0,8
Total	31,7	Total	31,7

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports

La subvention de l'État devrait s'établir à 3,7 millions d'euros pour 2008, pour un budget total du Centre qui avoisinerait 52 millions d'euros, témoignant de la montée en charge de l'établissement. Celle-ci est également attestée par la croissance de ses effectifs, qui passeront de 95 équivalents temps plein travaillé en 2007 à 109 ETPT en 2008 et vraisemblablement à 120 ETPT en 2009. Toutefois, c'est sans compter les autres emplois en fonction dans l'opérateur, qui porteront la progression globale des emplois du Centre, avec un passage de 258 ETPT en 2007 à 405 ETPT au total en 2008.

4.- Le groupement d'intérêt public « carte professionnelle de santé »

Créé en 1993 avec pour vocation la gestion des données des professionnels de santé, le groupement d'intérêt public « carte professionnelle de santé » (GIP-CPS) regroupe l'État, les ordres professionnels, les régimes d'assurance maladie obligatoire et complémentaires, ainsi que les représentants de syndicats professionnels et d'organismes utilisateurs. Dans ce cadre, a été confiée au GIP la mise en place du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), destiné à fusionner les divers répertoires existants.

Le GIP délivre en effet à chaque professionnel de santé une carte électronique individuelle dotée d'un code confidentiel, contenant des informations sur son identité, sa qualification, ses modalités d'exercice, ainsi que des données de facturation pour l'établissement des feuilles de soin électroniques. Au 1^{er} janvier 2007, 592 466 cartes étaient déployées.

Au-delà, c'est l'usage même de la carte de professionnel de santé qui est susceptible d'être amené à se déployer à l'avenir, dans le cadre du développement de l'informatisation en milieu médical. La parution du décret du 15 mai 2007, dit de confidentialité, qui rend obligatoire la carte de professionnel de santé pour accéder aux données de santé à caractère personnel au sein des établissements de santé, ainsi que des nouvelles applications telles que le dossier médical personnel, conduisent davantage encore à un développement des usages de la carte.

Le groupement sera doté pour 2008 de 768 500 euros au titre du budget de l'État, en tant que membre du groupement d'une part, mais également au titre de la participation au projet du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).

La Cour des comptes a décrit les retards accumulés au titre du déploiement de la carte professionnelle de santé (CPS) ainsi que de la mise en place du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2007, au sein d'un chapitre consacré au partage des données entre les systèmes d'information. Elle relève que le système CPS est très peu développé dans le secteur hospitalier, puisque, au mois de mars 2007, seuls 4 % des professionnels du secteur et 8 % des médecins hospitaliers en sont équipés. Le développement d'une possibilité de lecture des données sans contact devrait résoudre en partie les obstacles au déploiement de la carte en milieu hospitalier. S'agissant du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), un retard de trois ans a été accumulé, en raison d'une planification initialement excessivement optimiste.

La résorption des retards au titre de ces deux dispositifs, ainsi que leur montée en charge, sont des conditions préalables indispensables à la mise en place du futur dossier médical personnel (DMP).

CHAPITRE III : LES MOYENS DE LA LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE

I.— EN 2006 ET 2007, DES CHANGEMENTS DE PÉRIMÈTRE ONT AFFECTÉ L'EXÉCUTION BUDGÉTAIRE D'UN PROGRAMME DONT LA PERFORMANCE DEMEURE TRÈS INSATISFAISANTE

A.— DES TRANSFERTS DE CRÉDITS PONCTUELS QUI CONFORTENT LE RÔLE DE COORDINATION INTERMINISTÉRIELLE DE LA MILDT

En 2006, la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) a été responsable d'un programme doté de 55,24 millions d'euros par la loi de finances initiale. Au total, 52 millions d'euros en autorisations d'engagement et 51 millions d'euros en crédits de paiement ont été dépensés, ce qui représente une sous-consommation des crédits de l'ordre de 5,6 % en autorisations d'engagement et de 7,4 % en crédits de paiement, hors annulation de crédits en cours d'année d'un montant de 0,15 million d'euros.

L'exercice 2006, caractérisé par le rattachement d'une enveloppe de 18 millions d'euros, en provenance du programme *Santé publique et prévention*, a connu une gestion difficile, liée notamment au fait que la MILDT s'est ainsi vu confier la gestion de crédits sanitaires traditionnellement aux mains de la direction générale de la santé (DGS) : au vu de ces difficultés, et conformément aux souhaits de la MILDT, ces crédits ont réintégré pour l'année 2007 leur programme et leur gestion initiaux.

D'autre part, l'exécution est marquée par une série d'erreurs d'imputation budgétaire au niveau déconcentré, qui nuit à la lisibilité de l'état de la consommation des crédits, en particulier sur les crédits de l'action *Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif*. Ces erreurs sont le fait des services déconcentrés, qui ne s'approprient que très progressivement les nouveaux outils de la LOLF.

S'agissant de l'action *Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi*, sur un montant de 5,3 millions d'euros de crédits effectivement ouverts, suite à la mise en réserve de précaution de 0,2 million d'euros, seuls 2,5 millions d'euros ont été réellement consommés, soit seulement 47 % des crédits. La sur-dotation de ces dispositifs est en réalité à mettre au compte du projet d'expérimentation par la MILDT de trois communautés thérapeutiques, dont le coût était estimé à 1,2 million d'euros par structure en année pleine. Or, non seulement, en 2006, cette expérimentation en est restée au stade de la définition et de l'élaboration du cahier des charges, mais son financement prévu en 2007, lors de son lancement, a finalement été confié à l'assurance-maladie. C'est la raison pour laquelle la loi de finances initiale pour 2007 n'a retenu qu'une dotation de 3,1 millions d'euros au titre de cette action.

La dotation initiale de l'action *Coopération internationale*, d'un montant de 1,2 million d'euros, n'a quant à elle été dépensée qu'à hauteur de 808 708 euros, pour des raisons liées aux difficultés de mise en œuvre de certains projets menés par les ministères à l'étranger.

La réintégration des crédits sanitaires au programme *Santé publique et prévention* explique le niveau de la dotation **pour 2007**, qui s'élève à 36,3 millions d'euros. À cette dotation initiale sont venus s'ajouter des reports de crédits d'un montant de 1,3 million d'euros, ainsi qu'un rattachement de fonds de concours au titre des produits des cessions de biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants pour 0,8 million d'euros. Les annulations de crédits sur l'exercice 2007 devraient quant à elles atteindre 1,6 million d'euros.

Or, au 1^{er} août 2007, un peu moins de 16 millions d'euros d'autorisations d'engagement et 11,5 millions d'euros de crédits de paiement ont été consommés, ce qui correspond à un taux respectif de 42 % et de seulement 30 %.

B.- DES INDICATEURS QUI TRAHISSENT LES DIFFICULTÉS DE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE

La mesure de la performance initiée autour du programme *Drogue et toxicomanie* souffre de nombreuses imperfections, tenant à des raisons diverses.

1.- Des indicateurs peu pertinents

Le premier défaut concerne le manque de pertinence des indicateurs retenus. « *Mesurer 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* » permet certes d'évaluer la capacité de mobilisation des acteurs par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) ; toutefois, on peut déplorer le recoupement temporel entre le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 et le Plan Addictions 2007-2011, qui nuit à la lisibilité et au suivi de cet indicateur.

Cette **confusion** vaut également pour le deuxième indicateur, qui mesure le « *degré d'articulation du plan quinquennal et des plans territoriaux avec les autres dispositifs nationaux et locaux* » : le projet annuel de performances renonce d'ailleurs à la déclinaison nationale de cet indicateur, pour se concentrer sur sa version territoriale, abandon qui apparaît comme l'aveu de l'incohérence de l'évaluation proposée. C'est d'ailleurs pourquoi dès 2007, l'indicateur s'est concentré sur l'articulation entre d'une part, les plans territoriaux et le réseau national des centres d'informations et de ressources sur les drogues et les dépendances (CIRDD), et d'autre part, les autres dispositifs locaux en matière de santé publique, de prévention de la délinquance, de sécurité routière, etc.

On peut également douter de la cohérence de l'indicateur relatif à la capacité de la MILDT à susciter des versements additionnels : s'il est intéressant de mesurer l'effet de levier des financements de la MILDT, cet indicateur s'apparente **plus à un suivi de l'activité qu'à une authentique évaluation de la performance** des acteurs des politiques publiques.

Enfin, l'indicateur qui mesure le nombre de dispositifs expérimentaux d'intervention de la MILDT repris par d'autres administrations et partenaires dans la mise en œuvre de la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie, ne permet pas rigoureusement d'améliorer leur pertinence : c'est donc une relative **déconnexion entre l'objectif et l'indicateur** qui peut être constatée sur ce point. Ce dernier indicateur a d'ailleurs été complété en 2007 par un indicateur similaire portant sur la capacité à susciter une reprise par les États des projets de coopération internationale menés dans le domaine de la lutte contre la drogue.

2.— Des indicateurs peu orientés vers l'efficacité de la politique

La deuxième insuffisance en termes d'évaluation de la performance est relative à la teneur des indicateurs retenus : en effet, ceux-ci s'attachent bien plus à évaluer le caractère opérationnel de la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie qu'à en mesurer l'efficacité, et partant, les résultats. Cette imperfection est certes liée à la grande dispersion des crédits de la lutte contre la toxicomanie dans de nombreuses missions, de même qu'à l'intervention d'acteurs extrêmement diversifiés au sein de cette politique. Toutefois, en l'état, la mesure de l'impact de la politique de lutte contre la toxicomanie s'avère impossible, comme le déplore la Cour des comptes⁽¹⁾, qui recommande la création d'un document de politique transversale, afin d'identifier clairement la politique conduite en ce domaine. Ce vœu a également été formulé par la MILDT, qui déplore que la démarche de performance se limite à évaluer le rôle interministériel de la mission, qui constitue sa définition et qui n'est aucunement un objectif à atteindre. Au contraire, la baisse de la consommation des drogues comme une limitation des trafics, sont des objectifs de la politique publique de lutte contre la toxicomanie, que pilote la MILDT : dès lors, ce sont bien les objectifs des plans gouvernementaux qui doivent être intégrés à la démarche de performance du programme.

3.— Des indicateurs révélant des résultats décevants

Enfin, trois indicateurs affichent des résultats pour 2006 très inférieurs aux prévisions : c'est le cas notamment pour « *l'effet de levier des financements de la MILDT* », qui passe par la mesure de la « *capacité de la Mission à susciter des financements additionnels* » : sur un objectif de 50 % de crédits hors MILDT dans le financement des plans territoriaux, les réalisations de 2006 n'atteignent que 44 %. Si des difficultés de recueil d'information de la part des chefs de projet MILDT au niveau territorial peuvent rendre compte de l'échec dans l'atteinte des

(1) « *Rapport sur les résultats et la gestion budgétaire de l'État pour 2006* », Cour des comptes, mai 2007.

objectifs de 2006, la révision à la baisse, en conséquence, des objectifs pour 2007, s'avère discutable, comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport déjà cité sur l'exécution 2006. Pour 2007 et 2008, le renseignement des indicateurs n'est pas plus satisfaisant : le projet annuel de performances pour 2008 ne comporte aucune donnée supplémentaire relative aux réalisations par rapport à 2006.

Préconisation 10 : La proposition de création d'un document de politique transversale dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie doit être étudiée.

Préconisation 11 : Toute révision à la baisse des cibles d'un indicateur doit être dûment justifiée, sous peine de décrédibiliser la démarche de performance entreprise.

Préconisation 12 : Dans son ensemble la démarche d'évaluation de la performance du programme doit être remise à plat : c'est la réalisation des objectifs de politique publique qui doit être poursuivie, et qui suppose donc d'être intégrée au volet performance du programme.

II.- UNE DIMINUTION DRASTIQUE DES MOYENS DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE EN 2008

L'année 2008 doit voir la réalisation complète des objectifs du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool initié sur la période 2004-2008. C'est donc une année importante, de bilan et d'évaluation, pour la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), qui assure l'animation et la coordination interministérielle en la matière.

En effet, le plan avait pour ambition de donner une nouvelle dynamique à la prévention, de mettre en place un système de soins plus accessible et plus diversifié, de redonner à la loi sa valeur dissuasive, d'adapter le système répressif aux nouvelles formes de trafic et de tendre à l'harmonisation des politiques européennes.

Ainsi, en matière de prévention, en particulier du cannabis, ont été menées des actions d'éducation en milieu scolaire assorties de campagnes de communication sur les effets négatifs et les risques liés à la consommation de ce produit, tandis qu'une ligne cannabis a été créée au sein du service de téléphonie Drogues Alcool Tabac Infos Service (DATIS). Dans chaque département, des consultations spécialisées ont été prévues au sein des structures existantes. Enfin, un effort particulier de prévention est mené dans les établissements scolaires, les restaurants, les entreprises et les autres lieux publics pour une application stricte de la loi Evin.

Le volet sanitaire du plan repose sur le repérage de l'abus et de la dépendance le plus en amont possible, l'amélioration de l'offre de soins, et en particulier la création de structures spécialisées comme les communautés thérapeutiques.

En termes d'ordre public, le plan vise à l'amélioration du respect de la législation en matière de tabac et d'alcool, ainsi qu'à l'application effective et à la proportionnalité des sanctions en matière de stupéfiants, avec un objectif général de prévention de la récidive.

L'amélioration de la lutte contre le trafic doit quant à elle passer par la mobilisation des groupements d'intervention régionaux (GIR) qui rassemblent l'action de la police, de la gendarmerie et des douanes.

Enfin, le développement d'une politique communautaire de lutte contre la toxicomanie et l'assistance technique à des pays confrontés à des problèmes aigus de trafic et de consommation de drogues, sont les deux axes privilégiés par le volet international du plan.

La politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie rassemblera 26,6 millions d'euros en 2008, soit une diminution très conséquente de l'ordre de 26,7 % par rapport à 2007. Il faut certes tenir compte du basculement de l'opérateur de téléphonie Drogues Alcool Tabac Info Service sur le programme Santé publique et prévention. Toutefois, avec une subvention à hauteur de 3,7 millions d'euros pour 2008, à périmètre constant, la baisse enregistrée demeure importante, puisqu'elle s'élève à 16,7 %. À cette dotation initiale, devrait s'ajouter le rattachement de 2 millions d'euros au titre d'un fonds de concours.

Votre Rapporteur spécial s'étonne de cette chute des moyens consacrés à la lutte contre la drogue, en particulier dans des circonstances qui sont celles de l'arrivée à échéance d'un grand plan gouvernemental quinquennal, et de la montée en charge concomitante du plan de prise en charge et de prévention des addictions pour la période 2007-2011.

Il considère par ailleurs que la nomenclature budgétaire retenue conduit à scinder la politique menée au titre de la lutte contre la toxicomanie. Si le présent programme retrace l'ensemble des actions menées sous l'égide de la MILDT, le financement des associations ainsi que la gestion des fonctions sanitaires continuent de relever de la sous-action *Autres pratiques à risque* du programme *Santé publique et prévention*. Les transferts de crédits qui avaient été opérés en 2006, et qui avaient conduit la MILDT à gérer directement des crédits de prise en charge sanitaire, n'étaient certes pas satisfaisants. Il n'en demeure pas moins que la politique de lutte contre les drogues pâtit ce faisant d'un manque cruel de lisibilité, en raison de l'émiettement des financements qui lui sont consacrés. C'est ce qu'illustre l'articulation entre le plan de prise en charge et de prévention des addictions lancé en 2007 et le plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool qui arrivera à échéance en 2008.

En effet, ce dernier a été initié par la MILDT, qui a piloté sa mise en œuvre : le volet sanitaire du plan a néanmoins relevé de la responsabilité de la direction générale de la santé (DGS), au titre des déterminants de santé *Autres pratiques à risque* et *Alcool et tabac* du programme *Santé publique et prévention*. S'agissant du plan Addictions, cette fois, il n'engage aucunement la MILDT : le plan constitue l'approfondissement du volet sanitaire du plan gouvernemental précédent, et relève dès lors uniquement du financement des *Déterminants de santé* du programme *Santé publique et prévention*. Au vu de cette répartition des crédits à géométrie variable, la représentation nationale peine à entrevoir la portée de l'effort national à destination de la lutte contre la toxicomanie, d'autant plus que le budget de l'État ne contribue que marginalement à la mise en œuvre de ces plans. Ainsi, concernant le plan Addictions, l'effort de l'État ne représente que 14 millions d'euros par an sur un engagement global de 77 millions d'euros. L'assurance maladie supporte encore une fois l'essentiel du poids des politiques de santé publique pourtant engagées par l'État.

À cet égard, on ne peut que se féliciter de la mise en place d'un ministère des Comptes publics, qui serait à même de présenter les coûts complets des politiques publiques. **Votre Rapporteur spécial déplore qu'une telle vision consolidée demeure en l'état indisponible.**

Dernier point : la MILDT prépare un nouveau plan national sur la base de l'évaluation du plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, dont l'échéance est fixée à 2008. La cohabitation de deux plans distincts portant sur les mêmes enjeux de santé publique va donc se poursuivre, puisque le plan Addictions poursuivra sa montée en charge en 2008. Cette coexistence en dit long sur la séparation désormais entérinée pour le Gouvernement entre une démarche qui serait d'une part tournée vers la prise en charge sanitaire des toxicomanes et d'autre part, une démarche strictement legaliste, animée par le seul souci de l'application de la loi. Cette seconde orientation ne doit évidemment pas être omise. **Votre Rapporteur spécial déplore néanmoins la scission instaurée entre ces deux volets, qui court le danger de cantonner la mission de prévention à un simple rappel de la loi.**

Par ailleurs, si la MILDT est bien responsable de la coordination interministérielle des aspects préventif, sanitaire et répressif de la politique de lutte contre la toxicomanie, un isolement du volet « soins et prise en charge » de cette politique s'avère incohérent.

A.— LA COORDINATION INTERMINISTÉRIELLE DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE

La mobilisation et la concertation de tous les acteurs de la lutte contre la drogue aux niveaux national et déconcentré engageront près de 24,6 millions d'euros en 2008, soit 92 % des crédits du programme. Hors transfert du GIP DATIS, les crédits de cette action accusent une baisse de près de 11 %.

1.– Les actions menées au niveau central

Au niveau national, il s'agit d'une part de financer un programme de recherche sur les enjeux et l'impact des drogues et de soutenir divers projets interministériels, à hauteur de 1,8 million d'euros en 2008. Il s'agit d'autre part de former les différentes catégories d'acteurs de la politique de lutte contre la drogue (gendarmes, policiers, personnels des établissements scolaires, etc.), de financer du matériel innovant en matière de lutte contre le trafic, ainsi que des actions de prévention scolaire, pour un montant de 3,8 millions d'euros.

2.– Les plans départementaux de lutte contre la drogue et la toxicomanie

Au niveau déconcentré, la coordination est assurée par des chefs de projet « drogues et dépendances » nommés par les préfets, qui sont assistés d'un coordinateur technique avec lequel ils sont chargés de la définition et de la mise en œuvre des plans départementaux pluriannuels de lutte contre la drogue et la toxicomanie, constitués des actions à mener au titre des trois volets du plan national : prévention et prise en charge, application de la loi et lutte contre le trafic. Initiés en 2005 et généralisés en 2006, les plans départementaux énoncent un certain nombre d'objectifs assortis d'indicateurs de résultats et d'une programmation annuelle d'actions, sur la base desquels des crédits sont alloués aux chefs de projet.

En 2008, la priorité devra être donnée à des actions permettant de réduire l'usage abusif d'alcool ainsi que le nombre de consommateurs de substances illicites. Les chefs de projet devront à cet effet choisir des opérateurs associatifs pertinents, piloter le programme d'action en mettant en place des indicateurs de suivi de tendance et s'appuyer sur les parents, premiers acteurs de prévention. Ils devront également veiller à la diversification de l'offre de soins et à la mise en place effective des médecins relais prévus par la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance dans le cadre de l'injonction thérapeutique aux personnes ayant fait un usage illicite de produits stupéfiants. Enfin, la MILDT veillera à l'animation et à l'organisation à l'échelon local des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, prévue par cette même loi. **Ce rôle de relais territorial des chefs de projet départementaux bénéficiera de 14 millions d'euros en 2008, dont 11,2 millions d'euros de crédits d'intervention.**

3.– Le réseau régional des CIRDD

En outre, la mise en place du réseau des centres d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances (CIRDD) doit aboutir en 2008. Initialement à vocation départementale, ces centres sont désormais organisés en réseau régional autour de trois fonctions principales : l'observation des comportements de consommation et des trafics, la formation et le conseil auprès des décideurs locaux, et enfin, l'information et la documentation sur les drogues.

Constitué sous la forme d'une association, le CIRDD emploie en moyenne 3,5 et 4 équivalents temps plein travaillé (ETPT), son coût global étant estimé entre 250 000 et 399 000 euros. Au 1^{er} septembre 2007, onze centres étaient en fonctionnement, couvrant la moitié des régions et 56 départements. L'objectif était à terme de parvenir à un cofinancement de chaque centre entre la MILDT et les collectivités territoriales, chacun contribuant pour moitié à son fonctionnement. Toutefois, en raison de cofinancements sensiblement inférieurs aux prévisions, le dispositif demeure aujourd'hui essentiellement pris en charge par la MILDT, ce qui a empêché le redéploiement des crédits vers la labellisation de nouveaux centres. Ainsi, pour 2008, 3,9 millions d'euros sont prévus pour le financement de 14 centres.

4.- L'OFDT et le CIFAD : le soutien apporté par les deux opérateurs du programme

Enfin, 3,9 millions d'euros sont réunis pour le financement des deux opérateurs du programme que sont l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et le centre interministériel de formation antidrogue (CIFAD). On constate une diminution notable des subventions aux opérateurs, liée au rattachement du groupement de téléphonie sociale DATIS à la plateforme de téléphonie gérée par l'institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES), qui devrait conduire à des économies d'échelle.

L'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), constitué sous forme de groupement d'intérêt public (GIP), assure la fonction d'observation des consommations, de synthèse et de diffusion des données en matière de drogues et de toxicomanie. Il publie ainsi régulièrement un état complet sur la situation des drogues en France, des enquêtes périodiques sur les consommations, ainsi que des études annuelles sur demande, et participe au réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies. Sa dotation, s'élèvera à 3,4 millions d'euros en 2008, un montant identique à l'année précédente.

Le centre interministériel de formation antidrogue (CIFAD), qui bénéficiera d'une subvention stable, à hauteur de 520 000 euros en 2008, est chargé de la diffusion des pratiques de lutte contre le trafic de stupéfiants à destination des services répressifs français en poste dans les départements français d'Amérique, ainsi que des personnels répressifs des pays de la zone d'Amérique centrale et d'Amérique du sud.

Parmi les deux opérateurs, seul l'OFDT bénéficie de personnels en propre, qui correspondent à 32 équivalents temps plein travaillé (ETPT). Les emplois en fonction au CIFAD sont mis à disposition gratuitement par les ministères participant à la structure : ces agents proviennent notamment du ministère de l'intérieur, de la gendarmerie, des services des douanes et de la justice.

B.— LES AUTRES ACTIONS MENÉES PAR LA MILDT

C'est principalement à travers l'activité de ses deux opérateurs que la MILDT assume ses missions de coopération internationale. Stabilisés par rapport aux années précédentes, les crédits, à hauteur de 1,5 million d'euros, qui lui sont alloués, sont destinés :

— à des actions de lutte contre le trafic international en matière de réduction de l'offre et de la demande dans certaines zones géographiques sensibles, avec notamment l'organisation de formations aux différentes techniques de fouille ou de ciblage, des séminaires de sensibilisation aux trafics de précurseurs chimiques, ainsi que la sensibilisation des autorités de ces pays à la lutte contre la fabrication et le trafic de drogues, en particulier le trafic de cocaïne ;

— à de l'assistance technique à des pays vulnérables, par le biais de contributions à des programmes de l'Organisation des Nations unies (ONU) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ainsi qu'à l'aide apportée à des pays nouveaux membres de l'Union européenne et à des États de la communauté des États indépendants (CEI) pour la mise en œuvre de programmes de réduction de la demande et de l'offre.

Le financement de l'expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi sera quant à lui réduit à la portion congrue en 2008 : seuls 500 000 euros sont prévus à ce titre, contre 3 millions d'euros en 2007. Il s'agit du développement d'outils de prévention à destination des jeunes, en milieu professionnel, et de la sensibilisation des populations au respect de la loi dans les zones urbaines sensibles. Seuls seront soutenus en 2008 les projets à l'initiative des ministères : la justification apportée à ce retrait sensible du financement des projets associatifs réside dans le fait que ceux-ci relèvent essentiellement du programme *Santé publique et prévention*, en l'occurrence des dotations prévues au titre des autres pratiques à risque. Si la MILDT n'a pas vocation à gérer des crédits de subvention à des associations, il est légitime de s'interroger sur la pérennité d'une action qui ne réunirait que des crédits résiduels. Leur transfert à l'action *Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif* paraîtrait dès lors indispensable à votre Rapporteur spécial, pour des raisons de crédibilité dans la mise en œuvre de la LOLF.

Au-delà, **la réduction progressive du périmètre budgétaire et par conséquent, du champ d'action de la MILDT pose la question de la disparition du programme *Drogue et toxicomanie*. Le rattachement de la MILDT aux services du Premier ministre**, qui serait envisageable et auquel la mission interministérielle est favorable, suppose de s'assurer préalablement du transfert complet de l'ensemble des dispositifs de prise en charge sanitaire et de soins en matière de toxicomanie au programme *Santé publique et prévention*. Cette option aurait l'avantage de mettre fin à ce qui peut apparaître comme une incongruité aux yeux de certains personnels de la MILDT, gendarmes et

magistrats par exemple, à savoir, le rattachement au ministère de la Santé pour leurs activités de lutte contre la drogue. Afin de pouvoir continuer à identifier clairement les finalités d'ensemble de la politique de lutte contre les drogues, la création d'un document de politique transversale s'avérerait alors opportune.

Votre Rapporteur spécial met toutefois en garde contre cette option : une telle architecture courrait en effet le risque de transformer les enjeux de la politique de lutte contre la toxicomanie, et cela, au détriment de sa dimension essentielle qui doit demeurer un enjeu de santé publique.

Ce problème se matérialise dans la communication au sujet de la toxicomanie : la MILDT ne disposant en effet d'aucun budget destiné à de telles opérations, c'est l'INPES qui, jusqu'alors, s'est chargé de l'information et de la communication en matière de lutte contre la toxicomanie. Or, l'INPES n'a naturellement pas vocation à communiquer en termes de rappel de la loi ou de répression : son rôle en la matière ne peut que se limiter à la prévention et à la communication des enjeux de santé publique. C'est pourquoi le nouveau président de la MILDT, M. Étienne Apaire, entendu par votre Rapporteur spécial, juge indispensable de prévoir des crédits spécifiquement dédiés à la communication dans le domaine de la lutte contre les drogues.

EXAMEN EN COMMISSION

Au cours de la séance 16 octobre 2007 à 9 heures, votre commission des Finances a examiné les crédits de la mission *Santé*.

Votre Rapporteur spécial a indiqué que la mission *Santé* regroupe l'ensemble des crédits que l'État consacre à la politique de santé publique, à l'exception d'une part des dispositifs liés spécifiquement à la sécurité sanitaire qui figurent sur la mission éponyme, et d'autre part au financement du système de protection maladie, qui émerge sur la mission *Solidarité*.

C'est dire que les crédits figurant sur la mission *Santé* ne regroupent qu'une partie, souvent réduite, de l'effort de l'État en faveur de la santé.

Ce constat est encore renforcé si l'on tient compte de la contribution de l'assurance maladie à la politique de santé publique : en effet, la majeure partie des crédits ici retracés constitue le levier de financements qui sont principalement pris en charge par la sécurité sociale. C'est notamment largement le cas pour le programme *Offre de soins et qualité du système de soins*, puisque les principales actions menées sont financées sur le budget de l'assurance maladie, l'État n'intervenant ici que pour moins de 1 % du total des dépenses effectuées au titre de l'offre de soins.

Ces deux éléments expliquent que l'impression laissée par l'analyse du budget de la mission *Santé* est celle d'un éparpillement des crédits, qui ne donne qu'une vision très partielle du financement de la politique de santé publique de la France.

Pour 2008, le budget de la mission *Santé* s'établit à 432 millions d'euros d'autorisations d'engagement et à 430 millions d'euros de crédits de paiement, soit une hausse à peine perceptible, de l'ordre de 0,4 % par rapport à 2007.

Globalement, peu de changements affectent la répartition des crédits de la mission : le budget 2008 s'inscrit dans la continuité des budgets précédents, et par conséquent, des politiques menées. C'est donc un projet peu ambitieux qui est aujourd'hui soumis à l'approbation du Parlement.

Quelques éléments méritent toutefois l'attention.

Le premier programme, *Santé publique et prévention*, serait doté de 290 millions d'euros en 2008, soit un peu moins de 2 millions d'euros supplémentaires. Il regroupe les crédits de l'État aux différents plans de santé publique, dont le financement est par ailleurs largement assuré par l'assurance maladie : le plan Cancer, qui entre dans sa dernière phase en 2008, mais également le plan santé mentale, le programme national nutrition santé, le plan santé environnement et le volet sanitaire du nouveau plan Addictions, et enfin, le nouveau plan Alzheimer. Les instances de pilotage prévues par la loi du 9 août

2004 relative à la santé publique figurent également dans ce programme : ce sont principalement les conférences régionales de santé et la conférence nationale, les groupements régionaux de santé publique, et le Haut conseil de la santé publique. Enfin, les subventions à l'Institut national du cancer (INCA) et à l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) sont retracées ici : l'INCA sera ainsi doté de 49 millions d'euros en 2008, et l'INPES de 24 millions d'euros.

À cet égard, deux éléments méritent d'être soulignés. D'une part, l'INPES ne bénéficiera plus en 2008 de la subvention qui lui était allouée au titre de ses missions de sécurité sanitaire (qui n'émerge pas à ce budget) : ce seront donc 7,5 millions d'euros de moins pour l'Institut, avec le même rôle à assumer. D'autre part, l'Institut devait bénéficier des recettes tirées de la taxe sur les publicités de certains produits alimentaires en cas d'absence d'apposition de messages sanitaires par leurs annonceurs : le rendement pourrait se situer entre 3 et 5 millions d'euros pour 2007. Or, aucun versement à l'INPES n'a à ce jour été effectué, et aucune information ne lui a d'ailleurs été communiquée en ce sens.

Le deuxième programme concerne l'*Offre de soins et la qualité du système de soins*, dont les crédits, à hauteur de 113 millions d'euros, soit 10 millions d'euros supplémentaires, sont destinés d'une part à la formation médicale initiale, et d'autre part aux principaux acteurs de l'organisation du système de soins, c'est-à-dire principalement les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), la Haute autorité de santé (HAS), et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) chargée la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans le champ hospitalier.

En raison d'une sous-dotation chronique de la formation initiale médicale, l'État a accumulé une forte dette sur ce poste de dépenses, de près de 19 millions d'euros. Le rattrapage effectué pour 2008, avec une hausse de 6 millions d'euros de la dotation, constitue un premier pas, toutefois insuffisant pour permettre l'apurement de la dette. Des crédits doivent impérativement être ouverts en loi de finances rectificative pour solder cette dette et les dotations devront désormais couvrir les besoins : ainsi, la mise en place en 2007 d'une nouvelle offre de stages de sensibilisation à la médecine générale en second cycle d'études médicales, n'a pour le moment fait l'objet d'aucun financement complémentaire. La prolongation d'une telle situation serait inacceptable.

Un autre point important concerne la mise en place du Centre national de gestion (CNG), qui sera doté de 3,7 millions d'euros en 2008, pour accompagner la montée en charge progressive de ce nouvel organisme qui hérite des compétences de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) en matière de gestion des personnels hospitaliers.

Enfin, il est à noter que la Haute autorité de santé sera dotée de 2,5 millions d'euros en 2008 contre 1 million d'euros en 2007. La faiblesse de cette subvention par comparaison aux années précédentes, où elle s'établissait entre 8 et 9 millions d'euros en moyenne, est à mettre au compte du niveau

important atteint par le fonds de roulement de l'établissement. Il est toutefois à craindre que cette dotation s'avère insuffisante, d'autant qu'elle s'accompagne d'une baisse significative et à due concurrence de la contribution de l'assurance maladie, traditionnellement deux fois plus importante que celle de l'État. Cette difficulté pourrait trouver une solution à travers un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2008, qui augmenterait la contribution de l'assurance maladie au budget de la HAS pour 2008.

Avec 27 millions d'euros en 2008, le troisième programme, *Drogue et toxicomanie*, piloté par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), regroupe les crédits destinés à la coopération interministérielle en matière de lutte contre la drogue, concernant ses principaux volets : préventif, sanitaire et répressif. C'est une forte baisse, de près de 20 %, qui affecte le budget de programme à périmètre constant – en effet, l'opérateur de téléphonie Drogue Alcools Tabac Info Service bascule en 2008 sur le programme *Santé publique et prévention*. La mise en œuvre du plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 et sa déclinaison à l'échelon départemental mobiliseront 14 millions d'euros, l'essentiel des crédits du programme. Le reste des actions, et notamment l'expérimentation de nouveaux modes de prévention et de soins en matière de toxicomanie, est réduit à la portion congrue, au point qu'on peut légitimement s'interroger sur la pérennité d'une action qui ne rassemble que 500 000 euros en 2008, du moins si ce niveau de financement devait se prolonger.

Le **Président Didier Migaud** a demandé au Rapporteur spécial quels étaient les principaux sujets sur lesquels doit être attirée l'attention de la Commission.

Votre Rapporteur spécial a exprimé le souhait que le PLFSS pour 2008 améliore le financement de la Haute autorité de santé. Par ailleurs, le devenir de la MILDT est incertain.

M. Michel Bouvard a demandé au Rapporteur spécial quel bilan peut être tiré à ce jour des dispositions de la loi relative au développement des territoires ruraux du 24 février 2005, permettant aux collectivités territoriales de lutter contre la désertification médicale. Le Rapporteur spécial a-t-il une opinion sur le dispositif mis en place à cette fin entre les collectivités territoriales et certaines Caisses primaires d'assurance maladie ? Comment mieux prendre en compte les besoins médicaux générés par les flux touristiques ?

Votre Rapporteur spécial a précisé que cette question ne relève pas directement du champ de la mission dont il est Rapporteur spécial. En tout état de cause, il faut cesser de multiplier les stages au titre de la formation médicale initiale en l'absence de crédits d'État suffisants. Le PLFSS pour 2008 comporte une mesure tendant à développer la négociation conventionnelle sur les dispositifs incitatifs à l'installation. Des mécanismes incitatifs étaient prévus auparavant, mais en raison d'un conflit entre la Caisse nationale d'assurance maladie et les médecins libéraux, les premières mesures ont été instaurées en début d'année 2007

seulement. Si plusieurs collectivités territoriales se sont engagées dans ce processus, aucun véritable bilan n'est disponible à ce jour. Il faudrait que les collectivités territoriales soient systématiquement accompagnées par l'Assurance maladie. En matière de démographie médicale, la présence de personnels médico-sociaux dans les territoires est aussi importante que le nombre d'étudiants en médecine.

M. Jean Launay a indiqué qu'un décret récent, pris en application de la loi de modernisation de la sécurité civile du 13 août 2004, oblige les établissements médico-sociaux accueillant des personnes dépendantes à se doter d'un système d'alimentation électrique autonome, afin de faire face à une éventuelle panne de réseau. Ces investissements lourds pèseront soit sur le prix de journée, soit sur le budget de l'Assurance maladie. La mission *Santé* pourrait-elle contribuer au financement des groupes électrogènes ?

Votre Rapporteur spécial a indiqué que les établissements hospitaliers sont d'ores et déjà soumis à cette obligation de sécurité. Cette question ne relève pas de la mission *Santé*, mais plus vraisemblablement de la mission *Sécurité sanitaire* ou du champ du PLFSS.

Votre Rapporteur spécial a ensuite invité la Commission à s'abstenir. Celle-ci ne l'a pas suivi et a *adopté* les crédits de la mission *Santé*.

ANNEXE

Liste des auditions réalisées par votre Rapporteur spécial

Votre Rapporteur spécial tient à exprimer de nouveau ses vifs remerciements aux personnes qu'il a rencontrées et qui lui ont fourni les éléments nécessaires à la préparation de ce rapport :

M. Didier Houssin, directeur général de la santé (DGS) au ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports, et M. Martial Mettendorff, secrétaire général

Pr. Dominique Maraninchi, président de l'Institut national du cancer (INCa), et Mme Pascale Flamant, directrice générale

M. Etienne Apaire, président de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), et Mme Françoise Toussaint, secrétaire générale

M. Philippe Lamoureux, président, et Mme Florence Gérard-Chalet, secrétaire générale, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Mme Annie Podeur, directrice de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS), et M. Patrick Olivier, sous-directeur des affaires financières de la DHOS, au ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports

M. Julien Nizri, conseiller budgétaire au cabinet de Mme Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, de la jeunesse et des sports

Mme Maryse Chodorge, directrice, et M. Patrick Sainte Marie, secrétaire générale, de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

M. Laurent Degos, président, et M. François Romaneix, directeur général, de la Haute autorité de santé (HAS)

*

* *