



N° 256

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 10 octobre 2002

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU PLAN SUR
LE PROJET DE **loi de finances pour 2003** (n° 230),

PAR M. GILLES CARREZ,
Rapporteur Général,
Député.

ANNEXE N° 38 – 1^{ère} partie

SANTÉ ET PERSONNES HANDICAPÉES

Rapporteur spécial : M. GERARD BAPT

Député

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER : LA GESTION DES CREDITS DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES EN 2001 ET 2002	13
I.- L'EXECUTION EN 2001 : LA PERMANENCE DES DETTES SOCIALES	13
A.- UNE EXECUTION DYNAMIQUE	13
B.- L'EXECUTION PAR AGREGAT MONTRE LA PREPONDERANCE DES ALLOCATIONS.....	15
II.- LE DEBUT DE L'EXECUTION 2002 : UN EXERCICE HEURTE	16
A.- LE POIDS DES ECHEANCES ELECTORALES ET DE L'ALTERNANCE.....	16
B.- LE LOUABLE APUREMENT D'UNE GRANDE PARTIE DES « DETTES SOCIALES ».....	17
CHAPITRE II : LA SANTE PUBLIQUE : UNE PRIORITE AFFICHEE	19
I.- LA LOI RELATIVE AUX DROITS DES MALADES A DEFINI LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE	19
A.- UN EFFORT DE DEFINITION, DE CLARIFICATION ET DE RESPONSABILISATION	19
B.- LA LOI DE PROGRAMMATION ANNONCEE DEVRAIT S'INSCRIRE DANS LA CONTINUITE DU TRAVAIL ACCOMPLI	20
C.- LES MOYENS DE L'INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE EN NETTE AUGMENTATION EN 2002.....	21
II.- LES PLANS LANCES SOUS LA PRECEDENTE LEGISLATURE DEVRONT ETRE MIS EN ŒUVRE	21
A.- LA LUTTE CONTRE LES PATHOLOGIES CHRONIQUES EST MARQUEE PAR UNE PRIORITE EXPLICITE AU COMBAT CONTRE LE CANCER	22
1.- Pour lutter contre le cancer, 35 millions d'euros supplémentaires ...	22
2.- Les autres pathologies chroniques méritent un suivi	24
B.- LA LUTTE CONTRE LES PATHOLOGIES INFECTIEUSES NE DOIT PAS ETRE RELACHEE	25
1.- Une interrogation sur les crédits dévolus au VIH/Sida.....	25
a) <i>La situation épidémiologique semble se dégrader</i>	25

<i>b) La mise en œuvre du plan national triennal sera-t-elle poursuivie en 2003 ?</i>	25
2.– Un nouveau programme national contre les hépatites B et C	27
<i>a) L'action publique s'inscrit dans la continuité</i>	27
<i>b) Les financements sont stabilisés</i>	27
C.– LA LUTTE CONTRE LES PRATIQUES ADDICTIVES EST VICTIME DES CHOIX BUDGETAIRES	28
1.– Un plan de lutte efficace arrive à échéance	28
2.– Les crédits baissent de 12 % en 2003	28
D.– LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME « NUTRITION SANTE »	29
1.– Un programme d'envergure, rapidement mis en place	29
2.– Un bilan financier à consolider	29
E.– LES AUTRES POLITIQUES MERITENT D'ETRE POURSUIVIES, NOTAMMENT A L'ECHELLE REGIONALE	30
1.– Les autres actions par pathologie, ou en faveur de populations spécifiques	30
<i>a) De nombreux plans spécifiques ont été lancés</i>	30
<i>b) Certaines populations font l'objet d'une attention particulière</i>	30
2.– La régionalisation de la politique de santé publique	30
<i>a) Les crédits de santé publique sont majoritairement déconcentrés</i>	30
<i>b) Les observatoires régionaux de la santé restent à conforter</i>	31
III.– QUESTIONS SUR LA COHERENCE DE LA POLITIQUE DE SECURITE SANITAIRE	31
A.– LES AGENCES DE SECURITE SANITAIRE FACE A LA REGULATION BUDGETAIRE	32
1.– L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé mise en difficulté financière	33
2.– L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments risque d'être victime de la régulation budgétaire	34
3.– L'Institut de veille sanitaire n'est pas suffisamment doté pour assumer pleinement ses missions	36
4.– L'Agence française de sécurité sanitaire environnementale est toujours en gestation	37
5.– Le bon bilan de l'Établissement français des greffes	38
<i>a) Une organisation efficace dans le cadre d'un contrat d'objectifs</i>	38
<i>b) Un budget contraint</i>	39
6.– L'Établissement français du sang est autofinancé	39
<i>a) La création de l'établissement a achevé la réorganisation du secteur</i>	39
<i>b) Le financement est en principe extrabudgétaire</i>	39

<i>c) 2003 verrait la signature du contrat d'objectifs et de moyens</i>	40
B.– LES AUTRES INSTRUMENTS DE LA POLITIQUE DE VEILLE SANITAIRE REFLETTENT LA REACTIVITE DU DISPOSITIF EXISTANT	40
1.– Le plan « Biotox » a permis une réaction très rapide.....	40
2.– La prévention des risques environnementaux s'améliore	41
<i>a) Des crédits en hausse à l'échelon central</i>	41
<i>b) À l'échelon déconcentré, un doublement de moyens.....</i>	42
3.– Les centres nationaux de référence, pôles d'expertise	42

CHAPITRE III : L'AMELIORATION DE L'OFFRE DE SOINS N'EST PAS GARANTIE PAR L'AUGMENTATION DES MOYENS

I.– UNE GESTION HOSPITALIERE ESSENTIELLEMENT REGIONALE

A.– LA COUR DES COMPTES DECERNE UN *SATISFECIT* AUX ARH

- 1.– Des moyens en augmentation
- 2.– Les ARH, modèles des futures agences régionales de santé ?
- 3.– Un manque de transparence patent dans la gestion des personnels hospitaliers

B.– L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS SE CONCENTRE SUR L'INFORMATISATION

- 1.– Une reconduction des crédits
- 2.– L'informatisation du système de soins doit encore se développer
 - a) Les crédits sont essentiellement déconcentrés*
 - b) Le projet « SESAM/Vitale » monte progressivement en charge*

C.– UN DEFICIT D'EVALUATION PESE SUR LA RECOMPOSITION DU SYSTEME

- 1.– La lenteur des travaux de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé serait palliée par la création d'une structure supplémentaire
 - a) Des missions élargies par la loi relative aux droits des malades*
 - b) Des moyens en augmentation...*
 - c) ... pour une efficacité trop limitée.*
- 2.– L'inexplicable retard de mise en place de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
 - a) Des missions intéressantes...*
 - b) ...qui tardent à prendre effet.*

D.– LA SUPPRESSION ANNONCEE DU FIMHO FAIT PLANER DES DOUTES SUR L'AVENIR DE LA RESTRUCTURATION HOSPITALIERE, A L'HEURE DU LANCEMENT DU PLAN « HOPITAL 2007 »

- 1.– Les investissements immobiliers progressent insuffisamment
- 2.– Les retards dans l'exécution du FIMHO ne justifient pas sa suppression

II.- DES MOUVEMENTS DE PERIMETRE EN MATIERE DE FORMATION

A.- LES SUBVENTIONS AUX ECOLES DE FORMATION SONT RESERVEES AUX STRUCTURES SANS SUPPORT HOSPITALIER

- 1.- La réorientation des aides aux écoles est conservée
- 2.- L'augmentation mécanique des bourses d'études

B.- LA REBUDGETISATION DES STAGES EXTRA-HOSPITALIERS, INDEMNITES DE MAITRES DE STAGE ET REMUNERATIONS DE RESIDENTS

- 1.- Les insuffisances du financement des stages
- 2.- Les dettes accumulées pour l'année-recherche
- 3.- Aucune dotation pour la formation continue des professions médicales et paramédicales

III.- UNE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE AMENAGEE DANS SON DISPOSITIF, A L'IMPUTATION BUDGETAIRE CURIEUSE

A.- QUELS MOTIFS POUR LE TRANSFERT VERS L'ASSURANCE MALADIE DES DEPENSES AFFERENTES A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE ?

B.- QUELS PROJETS GOUVERNEMENTAUX POUR LA CMU ?

IV.- LE MAINTIEN DES SUBVENTIONS AUX SERVICES DE SANTE OUTRE-MER

CHAPITRE IV : FAMILLE ET PERSONNES HANDICAPEES : UN NOUVEL AGREGAT BUDGETAIRE « POUR LES BESOINS DE LA CAUSE »

I.- PERSONNES HANDICAPEES : UNE PRIORITE EN ATTENTE DE PERSPECTIVE

A.- LES CREDITS EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES CONSERVERONT LE MEME RYTHME DE HAUSSE EN 2003

- 1.- Les crédits de l'État : un réaménagement de nomenclature
- 2.- La part prépondérante de l'assurance maladie
- 3.- L'aide sociale, compétence des départements

B.- L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES REPRESENTE LES TROIS QUARTS DE L'ENVELOPPE CONSACREE AUX PERSONNES HANDICAPEES

- 1.- Le fort dynamisme de la prestation...
- 2.- ... servirait de prétexte à un prochain réaménagement
- 3.- L'articulation entre AAH et pension de vieillesse n'est toujours pas chiffrée

C.- L'EFFORT D'AMPLIFICATION DU PLAN D'ACTION EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES NE DOIT PAS RESTER PONCTUEL

- 1.- Le maintien de la priorité accordée au retour en milieu ordinaire
- 2.- Les efforts annoncés de création de places devront être précisément évalués

a) Dans le cadre du plan triennal

b) Dans le cadre du plan pluriannuel de création de places (1999-2003)

- c) Les taux d'équipement demeurent disparates*
- d) La lancinante question des changements de catégorie*

3.— Les autres actions poursuivent une dynamique propre

- a) État d'avancement du plan « handiscol' »*
- b) Le label « tourisme et handicap »*

D.— LA POLITIQUE GLOBALE EN FAVEUR DES PERONNES HANDICAPEES EN ATTENTE DE RATIONALISATION ET DE DECENTRALISATION

1.— Les instances nationales ne sont que consultatives

- a) Le Conseil national consultatif des personnes handicapées*
- b) Le centre technique national d'étude et de recherche sur les handicaps et les inadaptations*

2.— Le suivi du travail parlementaire est plutôt encourageant

- a) Les travaux de la MEC ne sont pas restés lettre morte*
- b) La loi du 2 janvier 2002 a restructuré en profondeur les règles relatives aux établissements et services sociaux et médico-sociaux*
- c) Les validations législatives de dispositions spécifiques de droit du travail sont légitimes*

II.— FAMILLE ET ENFANCE : UN BUDGET CONTRAINT

A.— L'ALLOCATION DE PARENT ISOLE ACCAPARE 84 % DES CREDITS

B.— LES INTERVENTIONS REELLES N'EVOLUENT QUE TRES PEU

- 1.— Des crédits d'intervention stables
- 2.— Les établissements nationaux

C.— LA CROISSANCE DES DEPENSES DE TUTELLE ET DE CURATELLE POURRAIT RALENTIR

EXAMEN EN COMMISSION

OBSERVATION

L'article 49 de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances fixe comme date butoir, pour le retour des réponses aux questionnaires budgétaires, au plus tard huit jours francs à compter du dépôt du projet de loi de finances. Cette date était donc le 9 octobre 2002.

À cette date, 13 % des réponses étaient parvenues à votre Rapporteur spécial, qui n'a dû qu'à la date très tardive de l'examen des crédits de recevoir *in fine* la quasi-totalité des réponses.

INTRODUCTION

Votre Rapporteur spécial ne peut que constater l'existence d'un certain décalage entre les intentions proclamées et les actes dans la préparation de la mise en œuvre de la loi organique du 1^{er} août 2001.

Alors que la Cour des comptes range, dans son rapport sur *L'exécution des lois de finances pour l'année 2001*, les ministères gestionnaires des politiques de santé et de solidarité parmi ceux qui ont fait l'effort de mettre en place une stratégie pour préparer la pleine entrée en vigueur de la loi organique du 1^{er} août 2001, votre Rapporteur spécial est au regret de constater que ces louables intentions ne sont pas, bien au contraire, traduites dans la présentation du présent projet de loi concernant les crédits de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

– *Un louable travail sur la prochaine application de la loi organique...*

Les ministères « sociaux » qui désormais s'appellent ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, et ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, se sont engagés dès la promulgation de la nouvelle loi organique dans une réflexion approfondie sur les changements qu'elle allait nécessiter, prolongeant le travail déjà accompli en termes d'enrichissement des documents budgétaires.

Ainsi, ces ministères se sont dotés d'une stratégie, confirmée par les nouveaux ministres, consistant à rédiger d'ici la mi-2003 les projets de performance, futures annexes au projet de loi de finances décrivant les objectifs et les résultats de chaque programme. Un comité de planification stratégique réunit à cet effet, tous les trimestres, sous la présidence des directeurs de cabinet, l'ensemble des directeurs d'administration centrale ; l'organisation en deux ministères n'a pas remis en cause l'existence d'un seul comité. Trois missions et treize programmes avaient été identifiés par le précédent Gouvernement ; ce découpage est en cours de réexamen, et d'intéressantes réflexions sont menées, notamment sur la création d'une mission interministérielle, et sur l'imbrication des financements entre l'État et la sécurité sociale. Enfin, le secrétariat du comité de planification stratégique a défini une méthodologie de rédaction des projets de performance qui va jusqu'à explorer les apports possibles des expériences étrangères, tels les 250 objectifs de l'administration américaine en matière de santé.

– *...que certains aspects du budget pour 2003 contredisent manifestement.*

Votre Rapporteur spécial s'étonne et déplore que, en apparence contradiction avec cette application anticipée des nouvelles règles budgétaires, les crédits de la santé, de la famille et des personnes handicapées comportent des évolutions contrastées pour 2003 :

- le regroupement bienvenu de crédits correspondant à certaines politiques sur des chapitres distincts (personnes âgées, personnes handicapées, famille et enfance...);

- mais le redécoupage quelque peu baroque des agrégats par la création d'un nouvel agrégat 25, « *famille et personnes handicapées* », avec l'idée évidente de distinguer ces politiques des autres politiques sociales, maintenues au sein de l'agrégat 23 « *développement social* », qui ne relèvent pas du même ministre ;
- le « gonflement » artificiel des crédits des ministères du pôle « santé » au détriment du pôle « solidarité », par le rattachement des fonds destinés à la couverture maladie universelle (CMU) à la santé, alors qu'au sein du même chapitre, l'aide médicale demeure du ressort de la solidarité, ou encore par le rattachement des crédits de tutelle et de curatelle à la composante « famille et enfance » ;
- la réduction sensible d'une année sur l'autre du contenu en informations du compte rendu de gestion budgétaire.

Ces remarques étant faites, l'évolution des crédits de la santé, de la famille et des personnes handicapées peut être retracée comme suit, moyennant les mouvements de périmètre et les mouvements de crédits en gestion :

ÉVOLUTION DES CRÉDITS DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES
(en millions d'euros)

	LFI 2002 à périmètre 2003	LFR 2002	PLF 2003	Évolution PLF 2003/ LFR 2002
Santé publique et sécurité sanitaire	263,81	263,81	284,05	+ 7,7 %
Offre de soins et accès aux soins	1.153,4	1.373,4	1.184,8	- 13,73 %
Famille et personnes handicapées	6.548,05	6.613,05	6.936,07	+ 4,88 %
Total	7.965,26	8.250,26	8.404,92	+ 1,87 %

Source : projet de loi de finances

Ce tableau appelle cinq précisions importantes :

- deux transferts en 2003 de l'État vers l'assurance maladie, l'un concernant la prise en charge des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, pour 107,5 millions d'euros au sein de l'agrégat « *santé publique et sécurité sanitaire* », l'autre les dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse, pour 24,7 millions d'euros au sein de l'agrégat « *offre de soins et accès aux soins* ». En sens inverse et au sein du même agrégat, l'État reprendra en charge le financement des stages extrahospitaliers des internes en médecine et pharmacie et des résidents en médecine, pour 40 millions d'euros ;
- au sein de l'agrégat « *offre de soins et accès aux soins* », qui comprend désormais la dotation de l'État au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, pour 970 millions d'euros, l'ouverture en loi de finances rectificative pour 2002 ⁽¹⁾ de 220 millions d'euros, en particulier pour faire face au dynamisme de la dépense moyenne par assuré ;

⁽¹⁾ loi n° 2002-1050 du 6 août 2002.

- l'absence, au sein du même agrégat, de dotations en autorisations de programme pour le fonds d'aide à l'adaptation des établissements hospitaliers (FIMHO) ;
- au sein du nouvel agrégat « famille et personnes handicapées », l'ouverture par la même loi de 150 millions d'euros au titre de l'allocation aux adultes handicapés, soit une augmentation de 3,5 % par rapport à la dotation initiale ;
- **des prévisions de gels en 2002 et de reports sur 2003**, non mentionnés ici, **de plus de 100 millions d'euros** au total.

À structure 2003, les crédits de la santé, de la famille et des personnes handicapées seront en légère progression par rapport à 2002 (+ 1,87 %), pour s'établir à 8.404,92 millions d'euros en dépenses ordinaires et crédits de paiement, dont près des deux tiers correspondent au financement de l'allocation aux adultes handicapés et de l'allocation de parent isolé. Les autorisations de programme seront divisées par 5,5 à 41,03 millions d'euros, en raison de l'absence de dotation du FIMHO. Hors loi de finances rectificative, la progression en dépenses ordinaires et crédits de paiement s'établit à 5,5 %.

Malgré l'annonce au plus haut niveau de priorités accordées aux actions en faveur des personnes handicapées et à la lutte contre le cancer, il semble donc que la réalité de l'effort dépende du niveau des annulations de crédits qui auront lieu d'ici la fin de l'année ; par ailleurs, **le défi majeur en 2003 sera surtout de ne pas dégrader les résultats importants obtenus sous la précédente législature.**

**Les principales tendances des crédits de la santé,
de la famille et des personnes handicapées pour 2003**

Le présent projet de loi opère un redécoupage des agrégats budgétaires pour prendre en compte la création du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Les crédits gérés par celui-ci demeurent toutefois regroupés au sein d'une seule section budgétaire, partagée avec le volet « solidarité » des missions du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité.

À structure 2003, les crédits du pôle « santé, famille et personnes handicapées » progressent de 1,87 % par rapport à la loi de finances rectificative pour 2002, qui a ouvert 435 millions d'euros pour résorber les dettes de l'État au titre des minima sociaux, et de 5,5 % par rapport à la loi de finances initiale. Ce total de 8,405 milliards d'euros se répartit comme suit :

– les actions de santé publique et de sécurité sanitaire reçoivent 284 millions d'euros (+ 7,7 %) ;

– la politique de soutien au système de soins, et désormais de l'accès aux soins avec la CMU complémentaire qui mobilise 82 % des crédits, bénéficiera de 1,18 milliard d'euros (– 13,73 % par rapport à la gestion 2002) ;

– les dépenses en faveur de la famille et des personnes handicapées représentent 6,94 milliards d'euros (+ 4,88 % par rapport à la gestion 2002), dont 5,98 milliards pour les personnes handicapées (à 76 % pour financer l'allocation aux adultes handicapés) et 956 millions d'euros pour la famille et l'enfance (à 98 % pour financer l'allocation de parent isolé et les crédits de tutelle et curatelle publiques).

80 % de ces crédits correspondent à des dépenses d'allocations et assimilées.

CHAPITRE PREMIER

LA GESTION DES CREDITS DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES EN 2001 ET 2002

I.- L'EXECUTION EN 2001 : LA PERMANENCE DES DETTES SOCIALES

A.- UNE EXECUTION DYNAMIQUE

MESURES POSITIVES INTERVENUES AU COURS DE L'EXERCICE 2001

(en millions d'euros)

Crédits ouverts en loi de finances initiale		6.661,23
Imputation	Objet	Montant
Loi de finances rectificative (loi n° 2001-1276 du 28 décembre 2001)		
46-33-10	Ajustement des crédits aux dépenses d'allocation aux adultes handicapés	51,1
46-33-20	Ajustement des crédits aux dépenses de tutelle et curatelle d'État	13,7
47-12	Plan « biotox »	0,9
47-18		3,7
47-19-23	Financement des remplacements des personnels des hôpitaux en congé	304,9
47-19-40	Services de santé de Wallis et Futuna	1,3
57-93-82	Plan « biotox » (programme civil de défense)	5,4
66-11	Ajustement aux besoins	4,6
Dépenses accidentelles		
57-93-82	Plan « biotox » (programme civil de défense)	7
Répartitions		
36-81	Action interministérielle de lutte contre la toxicomanie	0,5
47-15		0,6
57-93	Fonds interministériel de l'accessibilité des bâtiments aux personnes handicapées	0,2
Transferts		
36-81	Coopération technique et aide au développement	0,2
47-11	Visites médicales pour jeunes en formation de Mayotte	0,1
Virements		
47-11	Subvention pour recrutement en faveur du Centre français d'éducation pour la santé	0,04
47-12	Évaluation et gestion des risques sanitaires	0,2
47-18	Financement des appartements de coordination thérapeutique (lutte contre le sida)	4,5
47-18	Centres nationaux de référence (lutte contre le sida et les maladies transmissibles)	0,9
47-19	Convention santé-solidarité avec la Polynésie française (signée le 24/11/1999)	4
Reports		
46-31	État H	8,7
47-16		4,1
46-33	Dépenses effectivement engagées mais non ordonnancées	14,2
46-82		0,4
47-11		4,8
47-12		0,5
47-15		0,7
47-18		1,3
47-19		4,7
66-11		9,5
66-12	Report de crédits de paiement de 2000	69,6
66-20		58,8
Fonds de concours (y compris reports de l'exercice précédent)		
47-15	Report de 2000	0,4
46-31-50	Legs et donations	0,02
46-33-20	Actions et prestations d'aide sociale obligatoire	0,04
47-12-12	Agences de bassin - Surveillance sanitaire de l'environnement	0,04
47-15-40	Fonds social européen : actions d'insertion des toxicomanes	ε
47-16-10	Biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants	0,2
Total		581,84

Source : rapport du contrôleur financier.

MESURES NEGATIVES INTERVENUES AU COURS DE L'EXERCICE 2001

(en millions d'euros)

Crédits ouverts en loi de finances initiale		6.661,23
Imputation	Objet	Montant
<i>Répartitions</i>		
47-16	Action interministérielle de lutte contre la toxicomanie	- 11,5
<i>Annulations</i>		
36-81	Gage du décret d'avance du 21 mai 2001	- 15,2
46-31		- 1,5
47-16		- 2,3
66-12		- 3,8
36-81	Gage de la loi de finances rectificative du 28 décembre 2001	- 4,8
46-31		- 7,6
46-82		- 79,4
<i>Annulation de fonds de concours</i>		
46-33	Régularisation d'une erreur de rattachement	ε
<i>Transferts</i>		
46-31	Mission de l'adoption internationale (convention franco-vietnamienne)	- 0,5
66-20	Financement des aires d'accueil pour les gens du voyage (vers budget Équipement)	- 2,9
<i>Virements</i>		
46-82	Financement des appartements de coordination thérapeutique (vers le chap. 47-18)	- 4,5
46-82	Vers les chapitres 46-81, 47-11, 47-12, 47-18 et 47-19	- 25,3
36-81	Vers le chapitre 34-98	- 0,4
Total		- 159,3

Source : rapport du contrôleur financier.

Le total des mouvements en dépenses ordinaires et crédits de paiement conduit à un solde de 7.083,8 millions d'euros, soit une hausse de 6,3 % par rapport au budget voté. L'essentiel des ouvertures, que les gages ne couvrent pas entièrement, ont concerné le financement des remplacements des personnels hospitaliers prévu par le protocole du 14 mars 2000 (52,4 % des ouvertures), les reports (23,7 %), et les prestations sociales (11,1 %).

Votre Rapporteur spécial considère comme une forme de contournement de l'autorisation budgétaire la pratique consistant à n'ouvrir qu'en gestion, sur un article 23 créé au sein du chapitre 47-19, ces crédits de personnels qui constituent pourtant une dépense certaine et prévisible. À tout le moins cet article devrait-il figurer, même pour mémoire, dans les documents budgétaires, au lieu d'apparaître en cours d'exécution pour disparaître presque aussitôt.

Seul cet article appelle une critique en termes de taux de consommation, s'agissant des dépenses ordinaires. Pour les dépenses en capital en revanche, le taux d'utilisation des autorisations de programme sur le titre VI s'est révélé particulièrement faible : 22 % pour le chapitre 66-11 (équipement sanitaire), 38,5 % pour le chapitre 66-12 (support du FIMHO), et 45,6 % sur le chapitre 66-20 (équipement social). Les taux de consommation des crédits de paiement s'établissent respectivement à 70,6 %, 31,3 % et 35,7 %. Les tentatives d'explication de cette sous-consommation figurent dans les chapitres III et IV du présent rapport ; si la situation du FIMHO est lisible, la gestion des chapitres 66-11 et 66-20, qui correspond en quasi-totalité à la contractualisation État-régions, est nettement plus confuse.

B.- L'EXECUTION PAR AGREGAT MONTRE LA PREPONDERANCE DES ALLOCATIONS

Au prix de substantiels retraitements des agrégats, il est possible de retracer, à périmètre 2003, les crédits commentés dans le présent rapport, en les isolant pour 2001 et 2002 au sein de la section II « *santé et solidarité* » du ministère de l'emploi et de la solidarité.

EXÉCUTION DE L'AGRÉGAT « santé publique » en 2001

(en millions d'euros)

Composantes de l'agrégat	LFI	Exécution
Sécurité sanitaire	69	53
Santé publique	277	276
<i>dont : lutte contre le sida et les maladies transmissibles</i>	73	78
<i> lutte contre les pratiques addictives</i>	120	155
<i> accès aux soins</i>	39	42
Santé environnementale	9	6
Total	355	335
<i>dont : rattachement de fonds de concours</i>	1	1

Source : compte rendu de gestion budgétaire

La principale source de sous-consommation des crédits réside dans les mises en réserve effectuées par les agences de sécurité sanitaire, encore en phase de montée en charge et notamment de recrutement, ou de préparation de projets immobiliers.

EXÉCUTION DE L'AGRÉGAT « OFFRE DE SOINS » en 2001

(en millions d'euros)

Composantes de l'agrégat	LFI	Exécution
Rationalisation et amélioration de l'offre de soins	47	64
<i>dont : organisation du système de soins</i>	19	20
<i> subventions d'équipement</i>	12	19
<i> FIMHO</i>	15	25
Organisation et régulation des professions de santé	132	146
<i>dont : écoles et formation</i>	88	97
<i> bourses</i>	44	48
Autres actions de protection de la santé	47	55
<i>dont : IVG</i>	25	25
<i> système de santé dans les DOM</i>	22	30
CMU	1.006	889
Total	1.232	1.154

Sources : compte rendu de gestion budgétaire et rapport du contrôleur financier.

La subvention d'équilibre de l'État au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie représente à elle seule 82 % des crédits en loi de finances initiale et 77 % en exécution ; celle-ci se révèle toujours marquée par des mouvements contradictoires sur l'article 10 du chapitre 46-82, car d'une part, un tel montant de crédits peut facilement servir de gage à des redéploiements divers, et d'autre part, le « pilotage fin » du dispositif incite à chercher une estimation la plus juste possible du nombre de bénéficiaires.

**EXÉCUTION DES COMPOSANTES « PERSONNES HANDICAPÉES »
et « FAMILLE ET ENFANCE » en 2001**

(en millions d'euros)

Composantes	LFI	Exécution
Personnes handicapées	5.468	5.526
<i>dont : accompagnement social</i>	<i>1.179</i>	<i>1.186</i>
<i>revenus de compensation</i>	<i>4.288</i>	<i>4.339</i>
Politique en faveur de la famille et de l'enfance	19	18
Allocation de parent isolé	714	740
Tutelle et curatelle d'État	104	130
Total	6.305	6.414

Sources : compte rendu de gestion budgétaire et rapport du contrôleur financier.

Parmi ces lignes également, les allocations sont prépondérantes : 79 % des crédits sont mobilisés par l'allocation aux adultes handicapés et l'allocation de parent isolé, et les crédits de tutelle et curatelle ne sont pas non plus libres d'emploi, puisqu'ils dépendent de décisions de justice.

II.- LE DEBUT DE L'EXECUTION 2002 : UN EXERCICE HEURTE

A.- LE POIDS DES ECHEANCES ELECTORALES ET DE L'ALTERNANCE

Les échéances électorales ont marqué l'exécution de l'exercice 2002, et ont été responsables d'à-coups certains dans une gestion qui par ailleurs tend à devenir de plus en plus contrainte au dernier trimestre.

Les principales directives ont été les suivantes :

- par lettre du 25 février 2002, la secrétaire d'État au budget a fait part aux membres du Gouvernement de la mise en place d'un dispositif de régulation républicaine portant sur les crédits disponibles des titres III et IV, ainsi que sur les autorisations de programme des titres V et VI ;

- alors que cette procédure devait prendre fin le 31 juillet, elle a été prorogée par le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire par lettre du 1^{er} août ;

- elle a pris fin le 12 août avec la lettre conjointe du ministre de l'Économie, des finances et de l'industrie et du ministre délégué au budget. Toutefois, cette lettre a chiffré, par chapitre budgétaire, des « mises en réserve » assorties de la fixation d'objectifs de reports de crédits sur la gestion 2003, afin de tenir les engagements pris en matière de déficits publics.

Les prévisions de gels et de reports s'établissent donc comme suit :

RÉGULATION BUDGÉTAIRE PRÉVISIONNELLE POUR 2002

(en millions d'euros)

Nomenclature		LFI AP	LFI DO/CP	Gel AP	Gel DO/CP	Reports vers 2003 (1)
36-81	Établissements nationaux		81,92		25	
46-31	Développement social		1.168,64		20	5
46-33	Prestations développement social		4.721,3			10
47-11	Programmes de santé publique		66,25		5	1
47-12	Sécurité sanitaire environnementale		7,62		1	1
47-15	Lutte contre pratiques addictives		118,46		3	1
47-16	MILDT		45,58		15	1
47-19	Organisation du système de soins		39,38		5	
66-11	Équipement sanitaire	14,18	12,36			8
66-12	FIMHO	198,18	15,25	32	32	8
66-20	Équipement social	45,93	20,17			50
Total		258,29	6.296,93	32	106	85

Source : ministère délégué au budget et à la réforme budgétaire

B.- LE LOUABLE APUREMENT D'UNE GRANDE PARTIE DES « DETTES SOCIALES »

Le tableau suivant montre combien la loi de finances rectificative n° 2002-1050 du 6 août 2002 a réduit les dettes accumulées au titre des allocations et prestations sociales ; il faut saluer ce souci de sincérité budgétaire, même s'il n'a probablement tenu qu'à la conjoncture politique que ces ouvertures massives (le RMI et l'aide médicale d'État étaient également concernés) ne soient pas gagées par des annulations immédiates.

**ÉTAT DES « DETTES SOCIALES »
SUR LE BUDGET DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

(en millions d'euros)

		Avant LFR	Apurement LFR	Après LFR
46-33 10	Allocation aux adultes handicapés	54,19	54,19	0
46-33 20	Tutelle et curatelle d'État	1,5	0	1,5
46-33 60	Fonds spécial d'invalidité	70	0	70
46-82 10	Couverture maladie universelle	130	130	0
46-83 10	Allocation de parent isolé	34,78	34,78	0
Total		290,47	218,97	71,5

Source : ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité.

Deux dettes subsistent donc : la tutelle et curatelle d'État, mais le report de charge sur 2002 est minime. Il faut souhaiter que les dotations initiales soient désormais mieux ajustées, et le dynamisme des prestations est suffisamment connu pour que cela soit possible, la seule donnée plus difficilement prévisible étant le degré de « sévérité » de la régulation budgétaire.

Hormis les mouvements opérés en loi de finances rectificative, sont intervenus :

– des reports pour un montant de 455 millions d’euros, dont 118 millions d’euros de crédits de paiement, et 306 millions d’euros sur le chapitre 47-19 pour les remplacements de personnels hospitaliers en congé susmentionnés ;

– un premier arrêté de répartition des crédits de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, pour – 1,85 million d’euros ;

– des rattachements de fonds de concours pour 1,4 million d’euros, dont 1,3 sur le 46-33 – *Prestations obligatoires en faveur du développement social*, dont la gestion est partagée entre les deux ministères sociaux.

CHAPITRE II

LA SANTE PUBLIQUE : UNE PRIORITE AFFICHEE

L'annonce récente de la préparation d'une « loi de programmation de santé publique » d'une durée de cinq ans, outre les réserves qu'elle peut susciter en tant que telle de la part de votre Rapporteur spécial puisque l'autorisation budgétaire est par définition annuelle, ne doit pas faire oublier l'œuvre majeure et pérenne accomplie sous la précédente législature avec l'aboutissement de quelque dix ans de travaux qu'a consacré la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Au-delà même de ce texte de référence, beaucoup aura été accompli ces dernières années pour rendre à la santé publique une place centrale, héritée à la fois d'une certaine conception du rôle de la puissance publique et de l'inspiration qu'incarne l'Organisation mondiale de la santé lorsqu'elle définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social* »⁽²⁾. D'ambitieux plans spécifiques ont connu un début de mise en œuvre, suscitant des espoirs qui ne doivent pas être déçus.

Enfin, la période récente aura été marquée par une rapide montée en puissance des préoccupations de sécurité sanitaire ; cette phase achevée, il importe désormais de veiller à la cohérence et à la consolidation d'un dispositif très étendu.

I.- LA LOI RELATIVE AUX DROITS DES MALADES A DEFINI LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE

A.- UN EFFORT DE DEFINITION, DE CLARIFICATION ET DE RESPONSABILISATION

Parmi les nombreuses dispositions de la loi du 4 mars 2002 précitée, au sein du titre III, « *Qualité du système de santé* », un chapitre IV, « *Politique de prévention* », **définit pour la première fois la politique de santé publique**, et plus précisément la politique de prévention.

⁽²⁾ *Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, adoptée par la Conférence internationale de la santé tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946.*

Article 79 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

« La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens d'améliorer sa propre santé.

La politique de prévention tend notamment :

- 1° à réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer, tels l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits ou services, y compris de santé ;
- 2° à améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- 3° à entreprendre des actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque ainsi que des programmes de vaccination et de dépistage des maladies ;
- 4° à promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive ;
- 5° à développer des actions d'information et d'éducation pour la santé ;
- 6° à développer des actions d'éducation thérapeutique. »

Le même article prévoit les conditions de détermination des objectifs et programmes prioritaires nationaux de prévention, crée un Comité technique national de prévention, et rénove le Centre français d'éducation pour la santé en créant un Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Grâce à ce texte, nous disposons ainsi désormais d'un cadre de référence en matière de santé publique, qu'il faudra mettre en œuvre et utiliser dans toute sa richesse.

B.– LA LOI DE PROGRAMMATION ANNONCÉE DEVRAIT S'INSCRIRE DANS LA CONTINUITÉ DU TRAVAIL ACCOMPLI

Le Gouvernement a annoncé qu'il déposerait en 2003 sur le bureau de l'Assemblée nationale un projet de loi de programmation quinquennale en santé publique, « priorité des priorités » selon le nouveau ministre. D'ores et déjà, 5,02 millions d'euros sont « provisionnés » à cet effet dans le présent projet de loi (chapitre 47-11, article 10), et les crédits regroupés au sein de l'agrégat 21 – Santé publique et sécurité sanitaire – sont en hausse de 5,5 % à périmètre constant.

La philosophie de ce projet s'inscrit dans la continuité par rapport à l'action menée sous la XI^{ème} législature, puisque l'État doit y définir la politique nationale, pour une garantie de cohérence et d'homogénéité, cette politique étant mise en œuvre au niveau local, pour des raisons d'efficacité et de souplesse de gestion. Des indicateurs détaillés devront permettre le suivi par le Parlement, tout au long des cinq ans de la programmation, du respect des objectifs affichés.

L'ambition « d'ériger la prévention en impératif », de « développer une véritable culture de la prévention », fondée sur le constat d'un taux relativement élevé de mortalité prématurée (avant 65 ans) dans notre pays, et du choix implicite longtemps effectué en faveur du curatif dans notre système de santé, procède d'une démarche que votre Rapporteur spécial ne peut qu'approuver. Il entend veiller à ce que ces paroles soient suivies d'effet.

C.- LES MOYENS DE L'INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE EN NETTE AUGMENTATION EN 2002

Le tableau suivant retrace l'évolution des moyens de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, établissement public administratif qui a remplacé en mai dernier le Comité français d'éducation pour la santé, en application de la « loi Kouchner ». Un premier conseil d'administration s'est tenu en juin, et le conseil scientifique de l'Institut est en cours de désignation. L'essentiel des dotations provient de l'État et de l'assurance maladie.

RESSOURCES DE L'INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ
(en millions d'euros)

	CFES Budget primitif 2002	CFES après décision modificative	INPES 2002
Subventions			
Chapitre 47-11	3,75	3,75	3,75
Dotation globale de l'assurance maladie	0,81	0,41	50,95
CNAV	0,2	0,2	0,2
Caisse des mines	0,2	0,2	0,2
Budget de programmes			
Programmes CNAMTS-FNPEIS (1)	26,91	26,91	0
Chapitre 47-18	6,36	7,39	7,39
Chapitre 47-11	2,18	2,87	2,87
Programme MILDT	3,96	5,15	5,15
CNAMTS emplois-jeunes et autres programmes	3,4	3,65	0
Ressources propres	2,45	3,17	0,76
Total	50,04	53,53	71,09

(1) Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Avec ces crédits, **en augmentation de 32,3 %**, l'Institut a poursuivi et amplifié les actions du Centre en matière d'éducation, de communication sur la prévention du tabagisme, de la consommation excessive d'alcool, de l'usage des drogues, mais encore dans des programmes relatifs à l'infection par le VIH/Sida, le virus de l'hépatite C, les accidents de la vie courante ou la prévention du suicide. En 2003, un article 30 sera créé au sein du chapitre 36-81 pour faire apparaître la subvention de fonctionnement allouée à l'Institut : 14,4 millions d'euros, dont 13,8 millions issus de transferts internes.

II.- LES PLANS LANCES SOUS LA PRECEDENTE LEGISLATURE DEVRONT ETRE MIS EN ŒUVRE

Le nouveau Gouvernement entend mettre en œuvre une politique générale déclinée par pathologie, s'appuyant sur des actions de communication, d'information et d'éducation ainsi que sur des stratégies de dépistage et de prise en charge précoce. Là encore, votre Rapporteur spécial se félicite que soit fait le choix de la continuité. Encore faut-il s'assurer que la légitime définition de certaines priorités – la lutte

contre le cancer en particulier – ne s’opère pas au détriment d’autres actions – telle la prise en charge des toxicomanes, par exemple.

A.– LA LUTTE CONTRE LES PATHOLOGIES CHRONIQUES EST MARQUEE PAR UNE PRIORITE EXPLICITE AU COMBAT CONTRE LE CANCER

1.– Pour lutter contre le cancer, 35 millions d’euros supplémentaires

L’une des premières causes de mortalité prématurée en France avec 700.000 personnes atteintes d’une maladie cancéreuse et, chaque année, 250.000 cas nouveaux diagnostiqués, le cancer est un fléau dont le Président de la République a rappelé à tous, le 14 juillet dernier, la nécessité qu’il y avait à le combattre. Cette nécessité avait déjà présidé au lancement, en février 2000, d’un **plan national de lutte contre le cancer pour les années 2001-2005**.

Une commission d’orientation sur le cancer a été mise en place le 9 septembre dernier pour dresser un bilan des forces et faiblesses du dispositif de lutte existant, puis identifier des priorités dans le domaine de la prévention, de l’information et du dépistage aussi bien que dans l’organisation et le fonctionnement du système de soins. Ce travail servira de base à la concertation de tous les acteurs concernés, y compris les associations de patients. Votre Rapporteur spécial estime que le comité de suivi du plan national existant ainsi que ses groupes de travail remplissaient déjà fort bien ce rôle. Au nombre de cinq jusqu’à cette année, les groupes de travail « techniques innovantes », « chimiothérapie/radiothérapie », « prise en charge des patients », « allogreffes de moelle osseuse », « accès aux tests de prédisposition génétique » et « recherche » ont été complétés, à l’occasion de la réunion du Comité de suivi d’avril 2002, par un Comité national du cancer ainsi que les nouveaux groupes techniques sur le dépistage des cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l’utérus.

L’effort affiché pour l’an prochain est traduit dans le présent projet de loi par une mesure nouvelle de 35 millions d’euros sur le chapitre 47-11, article 20, pour les actions déconcentrées, en renforcement du programme existant. Sur cet article en particulier, la progression est spectaculaire, de l’ordre d’une multiplication par quatre. Mais les moyens déjà engagés globalement sont bien plus importants encore, et répartis entre divers acteurs :

- au sein du budget de l’État (hors crédits délégués aux Agences régionales de l’hospitalisation [ARH]), les moyens centraux et déconcentrés de la Direction générale de la santé, hors plans tabac et alcool ;
- les départements, au titre de leurs compétences en la matière ;
- l’assurance maladie, au titre de la prévention et du dépistage par l’intermédiaire du Fonds national de prévention, d’éducation et d’information sanitaires (FNPEIS), pour le dépistage des cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l’utérus, ainsi que pour des actions de communication, d’information et d’éducation des patients ;

- les ARH au titre des crédits qui leur sont délégués pour la mise en œuvre du plan cancer dans les établissements de santé publics et participant au service public hospitalier ;
- les équipes de recherche clinique.

Le tableau suivant retrace l'effort financier global consacré à ce plan national en 2001 et 2002 :

ACTIONS DU PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER CONDUITES EN 2001 ET 2002

(en millions d'euros)

	2001	2002
Budget de l'État (hors dotations aux ARH)	3,2	5,3
<i>dont</i> : direction générale de la santé	1,3	1,4
services déconcentrés	1,9	3,9
Assurance maladie	48,7	62,1
Conseils généraux	7,4	8
Crédits délégués aux ARH	117,5	142
<i>dont</i> : financement des molécules anticancéreuses coûteuses	75	82,3
Création de postes de psycho-oncologie	1,7	3,2
Plates-formes d'oncogénétique	–	6,6
Tomographes à émission de positons	–	3,3
Tumurothèques	–	2,6
Lutte contre le tabagisme	3,8	2,3
Développement de l'hospitalisation à domicile	7,2	6,3
Développement de la greffe de moelle osseuse	6,3	7,1
Développement des soins palliatifs	23,6	23,7
Programme hospitalier de recherche clinique	9,2	9,5 (1)
Total	188	226,9

(1) prévision

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

S'agissant des crédits du budget de l'État, pour les actions non déconcentrées (chapitre 47-11, article 10), le détail est le suivant pour 2001 :

- 490.000 euros ont servi à informer le public et les malades, dont l'essentiel à travers un partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer ;
- 937.000 euros ont été utilisés dans des actions de recherche, de veille scientifique et de formation au dépistage.

En 2002, cette répartition a évolué :

- 362.000 euros ont été utilisés pour informer le public et les malades ;
- 1,09 million d'euros ont été utilisés pour la lutte contre le cancer.

Quant aux crédits de l'article 20 du même chapitre, pour les opérations déconcentrées, ils ont été utilisés comme suit :

- en 2001, 915.000 euros pour réaliser un état des lieux et soutenir la mise en place des structures de gestion des programmes de dépistage dans tous les départements, et 350.000 euros pour aider la mise en place de programmes

expérimentaux de dépistage des cancers côlo-rectaux dans 10 départements en lien avec le FNPEIS ;

- en 2002, 246.000 euros pour le premier type d'actions et 764.000 euros pour le second.

C'est précisément sur cet article que s'imputent les 35 millions d'euros supplémentaires ; ils devraient servir au renforcement des mêmes politiques.

Votre Rapporteur spécial signale que les mesures nouvelles spécifiques à la lutte contre le cancer sollicitées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 s'élèvent à 110 millions d'euros. Par ailleurs, le dépistage intra-familial des femmes à risque pour le cancer du sein débutera en 2003, année durant laquelle seront également arrêtés les moyens destinés à généraliser le dépistage pour une mise en œuvre complète en 2004. À titre expérimental, vingt départements sélectionnés en 2002 poursuivront l'organisation du dépistage du cancer côlo-rectal.

Enfin, à l'échelon communautaire, la direction générale de la santé a largement participé à l'élaboration du programme « Europe contre le cancer » et à sa négociation. Le programme d'action communautaire⁽³⁾, initialement lancé pour la période 1996-2000, a été étendu jusqu'en 2001-2002 pour assurer la transition avec le nouveau programme de santé publique, mais sans changement sur le fond. Il porte essentiellement sur l'amélioration des connaissances, la prévention, le dépistage et le développement de l'assurance qualité. Le programme fonctionne par appel annuel à propositions. Le nouveau programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2001-2006), d'un montant prévisionnel de 280 millions d'euros, a été conçu non plus par pathologies mais par déterminants de santé, avec l'accord du Gouvernement français. À sa demande, les « maladies rares », qui ne répondent pas à une approche par déterminants, et dont font partie plusieurs formes de cancer, ont été incluses dans les sujets à traiter.

2.- Les autres pathologies chroniques méritent un suivi

De nombreuses autres actions ont été mises en œuvre, ou mises en chantier, telles que le plan de lutte contre les maladies cardio-vasculaires, les plans de prise en charge du diabète ou de la mucoviscidose, les plans d'action concernant l'asthme, la maladie d'Alzheimer ou l'insuffisance rénale chronique. Leur caractère « non prioritaire » ne doit pas nuire à leur continuité.

À l'article 10 du chapitre 47-11, en 2001, 500.000 euros ont servi à subventionner diverses associations de malades, qui agissent dans les domaines de l'information, du soutien et de l'accompagnement des personnes atteintes de maladies rares ou chroniques, notamment des maladies génétiques, des maladies cardio-vasculaires et métaboliques, des maladies du système immunitaire, des maladies pédiatriques. Ces crédits ont été portés à 720.000 euros en 2002.

⁽³⁾ *Décision n° 646/96/CE du Parlement et du Conseil du 29 mars 1996 adoptant un plan d'action de lutte contre le cancer dans le domaine de la santé publique.*

Les documents budgétaires font apparaître la poursuite des efforts engagés.

B.- LA LUTTE CONTRE LES PATHOLOGIES INFECTIEUSES NE DOIT PAS ETRE RELACHEE

S'il ne dénie nullement au Gouvernement le droit de fixer des priorités, votre Rapporteur spécial s'inquiète en revanche de possibles redéploiements qui nuiraient à l'action contre certaines pathologies. Le sida et les hépatites en font partie.

1.- Une interrogation sur les crédits dévolus au VIH/Sida

a) La situation épidémiologique semble se dégrader

En France, le système de surveillance du sida mis en place en 1982 repose sur la déclaration obligatoire faite par les praticiens. Le nombre de nouveaux cas de sida est d'environ 1.600 en 2001. Après une forte diminution de 1996 (4.000 nouveaux cas) à 1998 (1.900 nouveaux cas) liée à l'introduction des trithérapies, le nombre de nouveaux cas diminue d'environ 5 % par an depuis 1999. Le nombre des décès en 2000 et 2001 est stable : environ 600 par an. Le nombre de nouveaux cas de sida restant chaque année supérieur au nombre de décès, le nombre des personnes vivantes ayant développé un sida continue d'augmenter, d'environ 5 % par an. Au 31 décembre 2001, l'estimation du nombre de personnes vivantes atteintes du sida est comprise entre 23.700 et 26.100 et le nombre total de décès depuis le début de l'épidémie entre 37.100 et 40.400. Quant au nombre de personnes séropositives, il n'est connu que par estimation. La mise en œuvre, début 2003, de la déclaration obligatoire de la séropositivité permettra de disposer de données plus fiables. L'estimation de l'Agence nationale de recherche contre le sida pour l'année 1997 est de 104.000. Le nombre annuel de nouvelles contaminations n'est pas non plus connu avec précision ; l'Agence l'estime à 1.000.

Même si les estimations pour l'année 1997 plaident en faveur d'un contrôle de l'épidémie, il existe plusieurs données concordantes faisant craindre une augmentation de la prévalence et/ou de l'incidence de l'infection par le VIH depuis 1997 en France.

b) La mise en œuvre du plan national triennal sera-t-elle poursuivie en 2003 ?

La lutte contre l'épidémie est aujourd'hui confrontée à de nouveaux enjeux. La diffusion du virus se poursuit dans la population, l'épidémie continuant notamment d'évoluer selon une dynamique particulièrement préoccupante dans les départements des Antilles et de la Guyane ; l'efficacité indéniable des multithérapies a occulté le fait que l'infection demeure une maladie mortelle, exposant les patients à la précarisation, l'isolement et aux discriminations qui accompagnent encore la pathologie VIH/sida. En outre, l'environnement international se caractérise par une augmentation très forte de l'épidémie dans les pays en voie de développement qui justifie l'engagement de la France dans une politique d'aide et de coopération.

C'est dans ce contexte qu'a été lancé le **plan triennal 2001-2004 de lutte contre le VIH**, qui décline dix priorités, dont cinq ciblent des populations particulièrement concernées, deux visent la prévention générale, deux la prise en charge des malades, et une la coopération internationale pour l'accès aux traitements. Les moyens consacrés à la lutte contre le VIH/sida proviennent du budget de l'État mais aussi de l'assurance maladie, sans oublier les initiatives privées. Le tableau suivant détaille les moyens budgétaires spécifiques du ministère :

**CRÉDITS DU BUDGET DE L'ÉTAT CONSACRÉS À LA LUTTE
CONTRE LE VIH/SIDA EN 2002**

(en millions d'euros)

Réseaux associatifs nationaux (47-18)	2,5
Programme personnes atteintes	15,3
47-18-10 national	0,1
47-18-20 déconcentré	15,2
Réduction des risques pour les usagers de drogues	14
47-18-10 national	1,2
47-18-20 déconcentré	12,8
Programmes en direction de la population générale et des publics prioritaires	32,4
47-18-10 national	15,4
47-18-20 déconcentré	17
Territoires d'Outre Mer	0,23
TOTAL	64,6

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

S'ajoutent à ces crédits les moyens alloués par l'assurance maladie depuis 2000 : le financement des centres de dépistage anonyme et gratuit pour 3,6 millions d'euros, et un soutien à la prévention pour 1,9 million d'euros. Les dépenses de traitement sont évaluées à 635,7 millions d'euros en 2000, dernier chiffre disponible, dont 380 millions d'euros consacrés aux traitements antirétroviraux.

« Il convient de noter que les crédits 2002, soit 64,6 millions d'euros, ont été reconduits pour 2003 », lit-on dans la réponse au questionnaire de votre Rapporteur spécial ; rien ne dit cependant qu'ils seront affectés aux mêmes actions. En effet, à la faveur d'un changement de nomenclature, le chapitre 47-18 – *Lutte contre le sida et les maladies transmissibles* disparaît. Il comprenait trois articles (dépenses centrales et déconcentrées, et centres de référence). La nouvelle nomenclature prévoit certes deux articles nouveaux (47-11-60 et 47-11-70) reprenant le libellé des deux premiers, et un article 50 nouveau au sein du chapitre 47-12 – *Sécurité sanitaire*, intitulé « *centres nationaux de référence* ». Mais outre que ce dernier article ne fait plus référence explicitement au sida et aux maladies transmissibles, le montant cumulé inscrit sur les deux autres lignes ne représente plus en 2003 que 62,04 millions d'euros, contre 71,51 millions d'euros en 2002. Rien ne garantit que le transfert de 7,3 millions d'euros du chapitre 47-18, article 10, vers le chapitre 36-81, article 30, à l'occasion de la création de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé signifie la poursuite de l'effort engagé.

Enfin, le programme européen de prévention du sida et autres maladies transmissibles (1997-2001) a été prorogé en 2002, en attente du nouveau programme cadre de santé publique. La Commission européenne vient d'allouer 200 millions d'euros au partenariat de recherche avec les pays en voie de développement, et une telle préoccupation est partagée par le GIP ESTHER (« ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau ») auquel le nouveau Gouvernement a réaffirmé son appui, en sus de l'action de la France dans le cadre de l'OMS et d'ONUSIDA ⁽⁴⁾.

2.- Un nouveau programme national contre les hépatites B et C

a) L'action publique s'inscrit dans la continuité

Le gouvernement a lancé en 1999 un plan national de lutte contre l'hépatite C qui se termine en 2002. Un nouveau programme national relatif aux hépatites virales B et C a été élaboré pour la période 2002-2005 et lancé en février 2002. L'année 2003 sera la première année de mise en œuvre du programme, justifié par la prévalence préoccupante de l'hépatite C. Trois axes ont été définis : la réduction des risques de transmission des virus, le renforcement des mesures de lutte contre l'hépatite C et, point nouveau, contre l'hépatite B.

Sur le plan épidémiologique, les résultats de l'enquête nationale de prévalence des hépatites B et C, programmée en 2002-2003, va contribuer à la hiérarchisation et à la réorientation éventuelles des mesures prises.

b) Les financements sont stabilisés

Les moyens financiers mobilisés ont été en forte progression jusqu'en 2001 : une enveloppe de crédits spécifique de 3,18 millions d'euros a été allouée à la direction générale de la santé en 2000, portée à 5,24 millions d'euros en 2001 et 2002, montant reconduit pour 2003, désormais au sein du chapitre 47-11.

Les crédits gérés en 2002 au niveau central sur le chapitre 47-18, article 10 (3,67 millions d'euros), ont financé des actions de communication essentiellement, *via* le Centre français d'éducation pour la santé devenu Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, ainsi que des actions de prévention.

Les crédits déconcentrés ont notamment permis d'accueillir les personnes nouvellement dépistées. Ces actions ont concerné 21 régions en 2001 et 2002, pour un montant annuel de 1,62 million d'euros. Ce budget est reconduit pour 2003.

La mise en place des pôles de référence et des réseaux a été financée en 1995 et 1996 sur des crédits de l'État et de l'assurance maladie pour 1,6 million d'euros. Chaque année depuis 1998, des crédits de l'assurance maladie ont été attribués, pour répartition, aux agences régionales de l'hospitalisation. En 2002, les hôpitaux ont pu bénéficier de 12,63 millions d'euros au total, dont 2,36 millions d'euros de mesures nouvelles. Entre 1995 et 2001, ont ainsi été financés 200 emplois pour renforcer les services cliniques accueillant de nombreux patients atteints

⁽⁴⁾ *Programme commun de l'Unicef, du Fonds des Nations Unies pour la population, de l'UNESCO, de l'OMS, du Programme des Nations Unies pour le développement et de la Banque Mondiale. Basé à Genève depuis janvier 1996, il a pour mission de regrouper des informations politiques, et techniques, et de veiller à ce que les pays qui en ont besoin bénéficient du soutien de ces organismes dans leur lutte contre le VIH/Sida.*

d'hépatite C, ainsi que le surcoût engendré par la réalisation des différentes analyses virologiques.

C.– LA LUTTE CONTRE LES PRATIQUES ADDICTIVES EST VICTIME DES CHOIX BUDGETAIRES

1.– Un plan de lutte efficace arrive à échéance

Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances adopté en 1999 arrive à échéance. Le rapport de suivi de la Cour des comptes de 2001 a constaté des améliorations dans le pilotage du programme et l'utilisation des crédits. Il importe de poursuivre l'effort accompli. La Cour recommande à tous les ministères concernés de généraliser l'évaluation externe des actions coordonnées par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), petite structure de 43 personnes.

Un rapport global d'évaluation du plan triennal devrait être remis par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies en décembre 2002. Quatre axes de ce plan ont été isolés pour être évalués par des organismes extérieurs : les conventions départementales d'objectifs, les programmes départementaux de prévention, le dispositif de formation, le rapprochement des structures. Votre Rapporteur spécial se félicite de cette démarche d'évaluation.

Il faut noter le développement des actions destinées à améliorer la prise en charge des usagers de substances psychoactives présentés à la justice : en 1998, 30 départements étaient couverts et 6.500 personnes prises en charge pour 2,5 millions d'euros ; en 2001, 37.000 personnes étaient concernées dans 94 départements, pour un total de 10,7 millions d'euros.

2.– Les crédits baissent de 12 % en 2003

Selon les informations données à votre Rapporteur spécial, 2003 devrait être une année de transition. Il ne faudrait pas que l'ambition diminue pour autant. Or, alors que l'enveloppe de crédits de fonctionnement délégués à la MILDT représentait en 2002 45,52 millions d'euros sur l'article 10 du chapitre 47-16, dotation à laquelle s'ajoutaient 61.000 euros sur la réserve parlementaire et 160.000 rattachés par voie de fonds de concours, le présent projet de loi fait apparaître une dotation ramenée à 40 millions d'euros, en forte baisse de 12,1 % pour les seuls crédits inscrits en loi de finances. À l'occasion de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, le ministre a indiqué que cette diminution serait due à la prise en charge de dépenses de communication par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Il faut aussi signaler le transfert, prévu en 2003, pour 107,5 millions d'euros (chapitre 47-15, article 40), du financement des centres de soins spécialisés aux toxicomanes, qui sera assuré par l'assurance maladie et rentrera ainsi dans le droit commun des établissements du secteur médico-social. Votre Rapporteur spécial souhaite que ce transfert n'entraîne pas de dégradation de prise en charge, s'agissant notamment des précautions d'anonymat en usage dans ce type d'établissements.

Votre Rapporteur spécial s’alarme des gels prévisionnels de crédits pour l’exercice 2002 en cours, sur les chapitres 47-15 – Programmes et dispositifs de lutte contre les pratiques addictives, à hauteur de 3 millions d’euros, et surtout sur le chapitre 47-16 – Action interministérielle de lutte contre la toxicomanie, pour 15 millions d’euros, soit près du tiers de la dotation initiale, ce qui semble de nature à compromettre gravement la poursuite des actions précieuses menées dans ce domaine. Les seuls 3 millions d’euros gelés sur le chapitre 47-15 représentent, selon l’Association nationale des intervenants en toxicomanie, 1.600 traitements substitutifs ou bien 250 places en centre thérapeutique résidentiel où se prépare la réinsertion sociale et professionnelle des toxicomanes.

D.– LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME « NUTRITION SANTE »

1.– Un programme d’envergure, rapidement mis en place

Élaboré notamment à la suite des travaux engagés dans le cadre de la priorité portée par le ministère chargé de la santé durant la présidence française de l’Union Européenne, le « Programme national nutrition santé » a été lancé en janvier 2001. Ce programme de cinq ans implique de nombreux acteurs institutionnels (ministères, agences, instituts, collectivités territoriales) et privés (entreprises agro-alimentaires et associations de consommateurs). Il est coordonné par un comité stratégique, présidé par le ministre chargé de la santé, qui supervise des réunions de travail mensuelles.

Principalement axé sur la prévention, mais aussi sur le dépistage et la prise en charge précoce des dégradations de l’état nutritionnel, ce programme comprend neuf objectifs nutritionnels quantifiés, et neuf objectifs relatifs à des populations particulières. Les textes ou recommandations officiels prévus ont été publiés en 2001 et 2002, ce que votre Rapporteur spécial tient à saluer.

2.– Un bilan financier à consolider

Les moyens financiers affectés au programme s’élevaient à 84.000 euros en 2001, mais 2,7 millions d’euros y ont été consacrés en 2002. **Cet effort très important ne doit pas retomber. Les crédits prévus pour 2003 ne sont pas connus de votre Rapporteur spécial.**

Les crédits gérés par le ministère ont essentiellement permis de financer des études et des actions de promotion, et à subventionner des associations. Les crédits déconcentrés sont entièrement alloués au financement d’actions et d’études ; le tableau suivant les récapitule :

CRÉDITS CONSACRÉS AU « PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ » EN 2001 ET 2002

(en milliers d’euros)

Nomenclature	Action	2001	2002
34-98-42	Cancer et nutrition	–	30,5
	Situation nutritionnelle des enfants	–	83,8
36-81-61	Fonds spécifique de financement des agences	–	228,7
47-11-10	Impact de l’alimentation sur la morbidité par cancer et maladies cardio-vasculaires	45,7	45,7
	Situation nutritionnelle des personnes âgées	38,1	0

	Actions de promotion	–	381,1
	Formation obésité enfant	–	106,7
	Soutien aux associations	–	316,6
47-11-20	Appel à projets	–	1.524,5
Total		83,8	2.702,4

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

E.– LES AUTRES POLITIQUES MERITENT D'ETRE POURSUIVIES, NOTAMMENT A L'EHELLE REGIONALE

1.– Les autres actions par pathologie, ou en faveur de populations spécifiques

a) De nombreux plans spécifiques ont été lancés

Qu'il s'agisse de la prévention du suicide (267.000 euros en 2002), de la santé mentale (300.000 euros) ou encore de la lutte contre la douleur et des soins palliatifs (75.000 euros), des programmes d'actions ont été mis en place, dont votre Rapporteur spécial s'attachera à suivre l'évolution.

b) Certaines populations font l'objet d'une attention particulière

En 2001, à l'article 10 du chapitre 47-11, 1,91 million d'euros ont été consacrés à la santé des jeunes, 30.000 euros aux femmes victimes de violences, 145.000 euros aux migrants, 91.000 euros ont été attribués à diverses associations pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins des populations précaires, 719.000 euros ont servi à subventionner diverses associations de malades qui agissent dans les domaines de l'information, du soutien et de l'accompagnement des personnes atteintes de maladies rares (génétiques notamment) ou chroniques. Dans le domaine de la contraception et de la lutte contre l'avortement plusieurs associations ont été financés pour un montant total de 267.000 euros, 131.000 euros ont été attribués à plusieurs associations qui interviennent dans le champ de l'homosexualité. Autant d'actions ciblées qu'il faudra poursuivre, comme le Gouvernement y semble disposé.

2.– La régionalisation de la politique de santé publique

a) Les crédits de santé publique sont majoritairement déconcentrés

Les crédits déconcentrés inscrits sur l'article 20 du chapitre 47-11 servent à financer le développement des programmes régionaux de santé et des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, la mise en œuvre d'actions qui ne font pas l'objet de programmes régionaux, et le fonctionnement et les activités des comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé.

Le développement des programmes régionaux de santé a été inscrit dans les ordonnances d'avril 1996. A ce jour, 79 programmes existent dans les 22 régions métropolitaines et les 4 départements d'outre-mer. Dans les années à venir, la généralisation de tels programmes pour le cancer devrait accroître sensiblement ce

nombre. Les comités départementaux et régionaux sont des associations auxquelles participent l'État, les collectivités territoriales et les organismes de protection sociale.

En 2001, les crédits disponibles se sont élevés à 30,74 millions d'euros, dont 3,96 millions d'euros au titre des contrats de plan État/régions. En 2002, les 46,5 millions d'euros votés comprenaient 4,34 millions pour les contrats de plan.

b) Les observatoires régionaux de la santé restent à conforter

La subvention de l'État aux observatoires régionaux de la santé, inscrite à l'article 50 du chapitre 47-11, a évolué de la façon suivante depuis 1998 :

ÉVOLUTION DE LA SUBVENTION DE L'ÉTAT AUX OBSERVATOIRES RÉGIONAUX DE LA SANTÉ
(chapitre 47-11, article 50)

(en milliers d'euros)

1998	1999	2000	2001	2002	2003 (*)
2.982	2.525	2.830	3.287	3.815	3.815

(*) prévisions

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

La répartition des crédits s'effectue en fonction du poids démographique et des indicateurs de mortalité de chaque région, tout en tendant à favoriser les petits observatoires, dont l'équilibre financier est plus précaire. La subvention minimale est de 151.000 euros, 14 observatoires se situant encore au-dessous de ce seuil.

La subvention globale aux observatoires a atteint en 2002 le niveau estimé nécessaire par un rapport de l'inspection générale des affaires sociales de 1986, ces structures ayant été créées entre 1982 et 1984. La subvention de l'État ne représente plus en 2000 que 38,1% de l'ensemble des sources de financement, mais l'État reste malgré tout le financeur le plus important et le plus stable. Parmi les autres financeurs figurent en particulier les conseils régionaux et l'assurance maladie.

Les observatoires seront chargés d'accompagner la loi de programmation quinquennale, grâce à leurs données chiffrées permettant de recenser les problèmes de santé et les facteurs de risques, et d'évaluer les réponses à y apporter.

III.- QUESTIONS SUR LA COHERENCE DE LA POLITIQUE DE SECURITE SANITAIRE

Désireux de dresser un bilan de l'action des agences de veille et de sécurité sanitaire avec le recul suffisant pour permettre d'apprécier leur fonctionnement en « rythme de croisière » – hors le cas particulier de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale –, **vo**tre **Rapporteur spécial a auditionné les directeurs généraux des quatre agences** mentionnées ci-après, s'appuyant notamment sur le chapitre consacré à ce sujet dans le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de septembre 2002. Dotées au cours des exercices budgétaires récents des moyens qui leur ont permis d'exercer pleinement leurs missions, ces agences se trouvent aujourd'hui, pour la plupart, et pour la première fois,

confrontées à des difficultés de trésorerie potentielles. **D'ores et déjà en 2002, ce sont 25 millions d'euros de gels de crédits qui interviennent sur le chapitre 36-81 servant de support aux dotations des agences, soit plus de 30 % des crédits ouverts en loi de finances initiale.**

Au-delà, la création d'un statut pour les personnels des agences et la généralisation de la politique de contractualisation avec l'État sont nécessaires.

A.- LES AGENCES DE SECURITE SANITAIRE FACE A LA REGULATION BUDGETAIRE

La question de la coordination des diverses agences entre elles ainsi qu'avec les services centraux et déconcentrés du ministère chargé de la santé a retenu l'attention de la Cour des comptes comme celle de votre Rapporteur spécial.

– Principes de l'articulation des agences avec les services centraux

La création de ces agences a conduit à repenser la tutelle en l'unifiant et en redéfinissant son contenu. En effet, la direction générale de la santé est le chef de file des huit agences du dispositif de veille et de sécurité sanitaire. A ce titre elle est responsable de la définition des orientations stratégiques et du suivi scientifique et technique de ces agences. Dans le cadre de la réorganisation de cette direction intervenue durant l'année 2000, a été créé un bureau spécifique qui mobilise de manière transversale les sous-directions techniques. D'autres directions du ministère sont également concernées par la tutelle des agences et en premier lieu la direction de l'administration générale, du personnel et du budget.

Par ailleurs, la généralisation des contrats d'objectifs et de moyens à l'ensemble des agences, qui devrait intervenir avec une montée en charge progressive, a conduit la direction générale à élaborer un guide méthodologique qui a vocation à constituer une base d'approche commune à l'ensemble des agences. **Votre Rapporteur spécial souhaite que la généralisation des contrats d'objectifs et de moyens intervienne dès que possible, la tutelle ne semblant pas à l'heure actuelle la plus encline à aboutir rapidement.**

Le **Comité national de la sécurité sanitaire**, institué par la loi n° 2001-398 du 9 mai 2001 créant une Agence française de sécurité sanitaire environnementale, est notamment chargé de s'assurer de la coordination des interventions des services de l'État et des établissements publics placés sous sa tutelle, en particulier pour la gestion, le suivi et la communication à l'occasion de crises sanitaires. Il s'assure également de la coordination de la politique scientifique des quatre agences dont votre Rapporteur spécial a auditionné les responsables, qui y siègent sous la présidence du ministre. Il se réunit une fois par trimestre ou immédiatement en cas de déclenchement d'une crise sanitaire. Il associe à ses travaux les autres ministres intéressés, ainsi que d'autres agences. Plus qu'une analyse à chaud des questions d'actualité, le comité privilégie le retour d'expérience.

Le **Comité technique national de prévention**, institué par la « loi Kouchner » précitée, est chargé d'assurer la coordination des actions de prévention et leur financement. Il est présidé par le ministre chargé de la santé et réunit les représentants de sept ministères, de l'assurance maladie, des collectivités locales et des agences susmentionnées, ainsi que de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

D'autres réunions de coordination peuvent être mentionnées : les « petits déjeuners de sécurité sanitaire », qui réunissent le ministre, le directeur général de la santé et les directeurs généraux des agences, ou les réunions des secrétaires généraux des agences organisées toutes les six semaines.

– L'articulation avec les services déconcentrés se révèle plus délicate

Les agences de sécurité sanitaire sont amenées à intervenir directement auprès des services déconcentrés, situation totalement nouvelle qui n'est pas sans poser des problèmes d'articulation. Une réflexion est en cours, qui s'appuiera en particulier sur l'expérience des liens entre l'Institut de veille sanitaire et les directions régionales de l'action sanitaire et sociale, traduite par la création récente des cellules interrégionales d'épidémiologie – dont l'évaluation reste à faire.

1.– L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé mise en difficulté financière

En application de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé s'est substituée à l'Agence du médicament avec des compétences élargies à l'ensemble des produits de santé cosmétiques et d'hygiène du corps. Elle participe à l'application des lois et règlements relatifs à l'importation et à toute la chaîne de fabrication de ces produits, depuis les essais jusqu'à la mise sur le marché, la publicité et l'utilisation de tels produits. Elle assure également un rôle de veille et d'alerte sanitaires, et dispose d'un corps d'inspection qui lui est propre.

Les indicateurs d'activité de l'Agence pour 2001 (dernières données disponibles) montrent une certaine stabilité quantitative des contrôles et autorisations. Sur un plan plus qualitatif, **l'année 2002 aura été marquée par l'installation du fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique**, destiné aux professionnels de santé qui souhaitent une information précise et concise sur le bon usage des médicaments, doté de 20 millions d'euros et de 9 emplois budgétaires, dont 6 pourvus.

Le budget de l'Agence pour 2002 s'établit comme suit :

BUDGET PRÉVISIONNEL DE L'AFSSAPS POUR 2002

(en millions d'euros)

Recettes		Dépenses	
Subventions <i>dont ministère de la santé : 25,21</i>	26,12	Personnel	47,01
Taxes et redevances	45,74	Fonctionnement	25,89
Ventes de produits et services	3,74	Investissement	20,21
Autres ressources	17,55		
Total	93,15	Total	93,15

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Après décision modificative, le montant de ce budget a été porté à 97,34 millions d'euros, soit une hausse de 5,5 % par rapport à l'exercice 2001. La subvention du ministère chargé de la santé a baissé en revanche (- 4,3 %), ce qui n'est rien au regard des gels de crédits prévus pour cette année, et de **la baisse astronomique de la dotation du chapitre 36-81, article 11 : - 20,55 millions d'euros, soit - 81,4 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2002 !**

Votre Rapporteur spécial s'interroge par conséquent sur la capacité de l'Agence à faire face aux besoins nouveaux qu'appellent, en 2003, le renforcement de certaines missions et le projet immobilier de regroupement des services. Le tableau suivant retrace l'augmentation des moyens en personnel depuis 1999 :

ÉVOLUTION DES EMPLOIS DE L'AFSSAPS

	1999	2000	2001	2002
Emplois fonctionnels	7	9	9	9
Titulaires administratifs	3	3	3	3
Pharmaciens inspecteurs	26	26	26	26
Personnels scientifiques	74	74	74	74
Personnels techniques	80	80	83	83
Contractuels agence	537	651	687	736
Total emplois budgétaires	727	843	882	931

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

La prépondérance plus que manifeste des contractuels dans ce tableau d'emplois est un argument supplémentaire en faveur de l'adoption, annoncée comme prochaine, d'un contrat d'objectifs et de moyens, afin de donner à ces personnels une certaine forme de vision prévisionnelle de moyen terme.

**2.- L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments
risque d'être victime de la régulation budgétaire**

Mis en place en 1999, en application de la loi du 1^{er} juillet 1998 précitée, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) assure une fonction de veille, d'expertise et d'évaluation afin de garantir la sécurité sanitaire alimentaire, depuis la production des matières premières jusqu'à la distribution au consommateur. Elle est placée sous la triple tutelle des ministres chargés de la santé, de l'agriculture et de la consommation.

L'évolution des moyens en personnel de l'Agence en 2001 et 2002 est retracée dans le tableau suivant :

ÉVOLUTION DES EMPLOIS DE L'AFSSA

Catégories d'emplois	Effectifs 2001	Effectifs 2002
<i>Emplois budgétaires</i>		
Personnel de direction et d'administration	132	154
Personnel scientifique	491	502
Total des emplois budgétaires	623	656
<i>Emplois non budgétaires</i>		
Mises à disposition	131	127
Contrats sur convention	72	77
Boursiers de thèse	24	25
Contrat emploi consolidé / solidarité	31	23
Total des emplois non budgétaires	258	252
Total des emplois de l'établissement	881	908

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Les moyens matériels de l'AFSSA, outre le siège de Maisons-Alfort, regroupent les 12 laboratoires de l'ex-Centre national d'études vétérinaires et alimentaires et de l'ancien laboratoire national d'hydrologie, ainsi que les locaux de l'Agence nationale du médicament vétérinaire à Fougères (Ille-et-Vilaine). **Votre Rapporteur spécial regrette que les mesures nouvelles que l'Agence doit mettre en œuvre l'an prochain, dont la création de 15 emplois en équivalent temps plein, soient entièrement autofinancées par ponction sur le fonds de roulement.**

Les moyens budgétaires de l'AFSSA évoluent comme suit depuis 2000 :

RECETTES BUDGÉTAIRES DE L'AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS

(en millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003
Subvention État – santé – solidarité	3,48	4,12	4,28	4,28
Subvention agriculture	30,39	32,1	33,25	34,28
Subvention consommation	2,55	2,79	3,12	3,12
Total fonctionnement	36,41	39,01	40,65	41,68
Crédits de paiement agriculture	3,51	3,86	3,92	4,31
Budget (fonctionnement et investissement)	57,82	61,06	61,37	n.d.

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Votre Rapporteur spécial précise que le total du budget de l'Agence s'élève à quelque 89 millions d'euros pour l'an prochain, en incluant le produit prévisionnel des taxes affectées. La perspective du gel (pour annulation) de 14 millions d'euros, dont 12 millions sur les crédits de l'agriculture, est cependant de nature à compromettre la poursuite de l'activité de l'Agence qui croît plus vite que ses subventions n'augmentent : seules les dotations sur crédits de l'agriculture augmenteraient en 2003. Par ailleurs, **l'absence de contrat d'objectifs et de moyens entre l'AFSSA et l'État, que regrette également la Cour des comptes, prive l'Agence de toute vision pluriannuelle et de tout engagement des tutelles**

sur la pérennité de ses dotations. Les projets transmis par les services de l'Agence n'ont toujours pas, en dépit des déclarations d'intention, reçu de réponse des tutelles.

3.- L'Institut de veille sanitaire n'est pas suffisamment doté pour assumer pleinement ses missions

L'Institut, dont votre Rapporteur spécial a auditionné le Directeur général, le Professeur Gilles Brücker, ainsi que son adjoint, M. Martial Mettendorf, est chargé de trois missions principales :

- surveiller et observer en permanence l'état de santé de la population, en s'appuyant notamment sur ses correspondants publics et privés participant au Réseau national de santé publique, dans un triple but (le recueil et le traitement des données à des fins épidémiologiques, l'actualisation des connaissances sur les risques sanitaires, et la détection de tout événement susceptible d'altérer l'état de santé de la population) ;
- alerter les pouvoirs publics, et notamment les autres agences de sécurité sanitaire, et leur recommander toute action appropriée ;
- mener à bien toute action destinée à identifier les causes d'une modification de l'état de santé de la population, notamment en situation d'urgence.

Les recettes de l'Institut, publiques en quasi-totalité, ont évolué comme suit en 2001 et 2002 :

ÉVOLUTION DES RECETTES DE L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

(en millions d'euros)

	2001	2002 (1)	Évolution
Fonctionnement	15,89	19,65	+ 23,6 %
<i>dont</i> : subvention du ministère de tutelle	12,86	15,3	+ 19 %
produit des ressources affectées	1,35	3,3	+ 144 %
autres produits	0,8	0,6	- 27,2 %
Investissement	0,28	4,05	+ 1.325 %
<i>dont</i> : prélèvement sur le fonds de roulement	0	4,05	+ 100 %

(1) budget primitif

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Votre Rapporteur spécial précise que les perspectives d'action de l'Institut sont tracées dans un contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'État le 24 avril dernier pour les années 2002-2003. Dans ce cadre est prévu le développement des missions de l'Institut, qui doit s'accompagner d'une ambitieuse politique de recrutement. **Or force est de constater qu'à l'heure actuelle, c'est une « croissance à crédit » que demande la tutelle, une croissance entièrement financée sur le fonds de roulement.** Cet excédent résultait de la sous-consommation inévitable des crédits alloués en 1998-1999, la phase de mise en place. **Pour la réalisation de la tranche 2003 du contrat, ce sont plus de 8 millions d'euros supplémentaires qui devront être entièrement financés sur ce**

fonds de roulement, alors même que la subvention de l'État doit baisse de 500.000 euros.

Alors que l'adéquation des effectifs aux postes budgétaires était en constante amélioration, comme l'indique le tableau suivant, cette dynamique pourrait être brisée.

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

	1999	2000	2001	2002
Postes budgétaires (A)	100	140	155	235
Effectifs présents (B)	78	113	138	214
Adéquation (B/A)	78 %	80 %	89 %	91 %

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

36,5 emplois pérennes supplémentaires sont prévus pour 2003, à financer sans dotation budgétaire complémentaire. Dans ces conditions, la constitution d'un réseau national de veille sanitaire, le développement de l'évaluation et la poursuite du déploiement de cellules régionales d'épidémiologie (pour l'heure interrégionales) qui passeraient de 13 à 16, pourraient être compromis.

4.- L'Agence française de sécurité sanitaire environnementale est toujours en gestation

L'Agence française de sécurité sanitaire environnementale, créée par la loi n° 2001-393 du 9 mai 2001, vient s'insérer dans le dispositif de sécurité sanitaire mis en place par la loi du 1^{er} juillet 1998. Destinée à évaluer les risques sanitaires liés aux milieux, cette Agence doit prendre place aux côtés de l'Institut de veille sanitaire, chargé de surveiller l'état de santé de la population, de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, chargées de veiller à la sécurité des produits.

L'expertise nécessaire aux prises de décision de l'État en matière de sécurité sanitaire environnementale est actuellement exercée de manière dispersée dans divers organismes d'études et de recherches, de statuts différents, ainsi que dans diverses commissions d'évaluation de risques placées sous tutelle de différents ministères. **La création de l'agence répond au besoin de développer et de renforcer la capacité et la cohérence de l'expertise sur la question de l'impact de l'ensemble des facteurs de l'environnement sur la santé.** Elle doit permettre tout à la fois d'assurer l'indépendance de l'évaluation des risques sanitaires dans le domaine de l'environnement, de mieux la structurer et de donner en amont une priorité à la recherche et à l'expertise sur ces sujets.

Le décret n° 2002-299 du 1^{er} mars 2002 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence est semblable dans sa structure à celui portant création de l'agence française de sécurité sanitaire des aliments. Il précise par ailleurs la liste des établissements publics de l'État qui lui apportent leur concours permanent : ces établissements doivent signer des conventions avec l'agence dans un délai d'un an. Étant donné la date de publication du décret, le budget voté pour 2001 n'a pu être utilisé, alors que le Gouvernement avait doté l'Agence de 4,1 millions d'euros

(2,6 millions d'euros sur le chapitre 36-81 des crédits de la santé et 1,5 million d'euros pour l'environnement), 35 emplois devant être créés. La dotation de recherche, gérée par le même ministère, avait été fixée à 1,5 million d'euros. Le Rapporteur spécial des crédits de la santé d'alors, M. Gilbert Mitterrand, avait regretté ce manque de rigueur budgétaire, et tout porte à croire que de semblables critiques doivent être formulées pour l'exercice en cours.

Concernant 2002, l'arrêté fixant le budget primitif de l'AFSSE qui vient d'être signé prévoit qu'il s'élève à 1,65 million d'euros en fonctionnement, et 380.000 euros en investissement. 12 emplois ont été inscrits sur les crédits de l'écologie et du développement durable dans le présent projet de loi. En outre, 2,64 millions d'euros sont prévus sur ces mêmes crédits, et près de 2 millions d'euros sur les crédits de la santé (soit – 22,8 % par rapport à 2002).

Votre Rapporteur spécial souhaite que l'Agence dispose sans délai des moyens de fonctionner, de remplir ses missions en lien avec les autres agences, et de consommer les crédits inutilisés. À cet égard, il s'étonne des difficultés qui seraient surgies entre les ministères de la santé et des finances concernant les disparités de catégories de classement entre agences. Il faudra en outre veiller à la bonne coordination de l'action de l'AFSSE avec celle de l'Institut de veille sanitaire et celle de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments.

5.– Le bon bilan de l'Établissement français des greffes

a) Une organisation efficace dans le cadre d'un contrat d'objectifs

Créé par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, l'Établissement français des greffes est un établissement public national placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il couvre le champ des greffes d'organes (3.325 en 2001), de tissus et notamment de cornées (4.388 en 2001), de moelle osseuse et de cellules.

L'établissement fonctionne 24 heures sur 24, 365 jours par an ; il a repris l'organisation territoriale de l'association France transplant, avec un siège national, et un réseau de 6 services de régulation et d'appui en métropole et dans les DOM. En 2002, l'établissement dispose de 155 postes budgétaires dont 82 affectés au siège parisien et 73 dans les services interrégionaux.

Le bilan des cinq ans d'action de l'établissement est satisfaisant, mais des évolutions ont été jugées possibles et nécessaires. Aussi un contrat d'objectifs et de moyens a-t-il été conclu avec l'État au début de 2000 pour la période 2000-2002, dont le terme a été prorogé d'un an. Ce contrat prévoit un renforcement de moyens et définit des actions prioritaires, suivies par un comité de pilotage : l'amélioration de l'activité de prélèvement, un meilleur accès à la greffe, une plus grande sécurité, davantage d'évaluation et de recherche, ainsi qu'un aspect éthique. Enfin, l'établissement contribue à l'élaboration de la réglementation dans son domaine, comme récemment pour les décrets d'application des lois « bioéthique ». Les objectifs du contrat pluriannuel constituent l'un des volets du « plan greffes » annoncé le 22 juin 2000, qui court sur la période 2001-2003.

b) Un budget contraint

Le budget de l'établissement est alimenté par une subvention de l'État et une dotation de l'assurance maladie. La loi a prévu cependant la possibilité pour l'établissement de recevoir des taxes et des redevances ainsi que des produits divers. Le budget de l'établissement atteint en 2002 18,5 millions d'euros, dont 4,3 millions reçus de l'État (chapitre 36-81, article 50) et 8,6 millions d'euros de l'assurance maladie. L'effectif budgétaire comprend 155 personnes.

Depuis 1999, le budget et les effectifs de l'établissement ont évolué de la façon suivante :

ÉVOLUTION DU BUDGET ET DES EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DES GREFFES
(en millions d'euros)

	1999	2000	2001	2002
Budget (fonctionnement et investissement)	12,26	13,42	14,17	18,5
Subvention État – santé – solidarité	3,90	4,29	4,29	4,13
% de la subvention dans le budget	31,8 %	31,9 %	30,3 %	22,3 %
Effectifs	107	126	140	155

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

En 2003, des créations d'emplois doivent intervenir pour accompagner, d'une part, l'actualisation du schéma directeur informatique de l'établissement et, d'autre part, la mise en œuvre du contrat d'objectifs et de moyens.

6.– L'Établissement français du sang est autofinancé

a) La création de l'établissement a achevé la réorganisation du secteur

L'Établissement français du sang est un établissement public de l'État sous tutelle du ministre chargé de la santé publique créé le 1^{er} janvier 2000, en application de la loi du 1^{er} juillet 1998 précitée. Il se substitue au dispositif mis en place par la loi n° 93-5 du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament qui créait l'Agence française du sang, lui assignant la mission de contribuer à la définition et à l'application de la politique de transfusion sanguine, et de coordonner et de contrôler l'activité de transfusion. La création de l'établissement s'inscrit dans la poursuite de la profonde réorganisation de la transfusion sanguine. Il devient ainsi l'opérateur unique en France, reprenant par conventions les activités transfusionnelles jusqu'alors exercées par 42 établissements de statuts divers.

Il est composé d'un siège social et de 18 établissements régionaux (14 en métropole et 4 dans les DOM). Son rôle consiste également à assurer la transmission des données relatives à la sécurité sanitaire des produits sanguins dans le cadre du réseau d'hémovigilance, et de fournir des données épidémiologiques à l'Institut de veille sanitaire. Trois missions de sécurité sanitaire menées par l'ancienne agence française du sang ont été transférées à l'AFSSAPS : l'élaboration et l'actualisation des normes médico-techniques, le contrôle médico-technique des établissements, et le fonctionnement du dispositif d'hémovigilance.

b) Le financement est en principe extrabudgétaire

Alors que les ressources de l'ancienne agence comprenaient des subventions de l'État, une dotation globale de l'assurance maladie, des redevances et des produits divers, les recettes du nouvel établissement sont essentiellement constituées par les produits de la cession des produits sanguins labiles, et éventuellement de subventions de l'État, des collectivités publiques et des organismes d'assurance maladie. Ayant vocation à être autofinancé, l'établissement ne perçoit pas de dotation de l'État pour son fonctionnement courant.

En 2000, à l'occasion de sa création, une subvention de l'État (chapitre 36-81) d'un montant de 2,28 millions d'euros lui a été versée à titre exceptionnel, à comparer avec les dotations de l'ancienne agence pour 4,68 et 4,52 millions d'euros en 1998 et 1999, qui représentaient respectivement 26,3 % et 22,6 % du budget.

L'établissement a enregistré en 2000 et 2001 un déficit d'exploitation dû à la baisse continue de son activité depuis une dizaine d'années, qui pose la question de l'adaptation de ses moyens en conséquence. Au premier trimestre de 2002, un ressaut a néanmoins été constaté. Ce maintien du chiffre d'affaires permet de financer les hausses de salaires, le résultat net de l'établissement pouvant s'établir autour de -14 millions d'euros fin 2002, et le résultat d'exploitation à environ 20 millions d'euros. Mais les déficits récurrents entraînent une dégradation de la trésorerie, passée de 57,2 millions d'euros en 2000 à 35,5 millions d'euros en 2001. Elle pourrait atteindre environ 21 millions d'euros fin 2002. La **prise en charge des contentieux transfusionnels hérités des anciennes structures** a toutefois sa part de responsabilité dans cette dégradation. Une prise en charge par l'État est prévue à hauteur de 9,15 millions d'euros au titre des charges communes dans le présent projet de loi.

c) 2003 verrait la signature du contrat d'objectifs et de moyens

L'élaboration d'un contrat d'objectifs et de moyens tend à assurer la stabilité du service public de la transfusion tel qu'il a été réorganisé. Le projet soumis par l'établissement à sa tutelle en septembre 2000 comporte l'objectif d'un retour à l'équilibre financier en 2004. L'année 2002 est celle de la phase active d'élaboration du contrat ; 2003 doit être celle de sa finalisation et de sa mise en œuvre.

B.- LES AUTRES INSTRUMENTS DE LA POLITIQUE DE VEILLE SANITAIRE REFLETTENT LA REACTIVITE DU DISPOSITIF EXISTANT

1.- Le plan « Biotox » a permis une réaction très rapide

Le financement du plan gouvernemental de lutte contre le bioterrorisme s'effectue sur crédits d'État, avec une participation exceptionnelle de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés par le biais d'un fonds de concours doté de 198,18 millions d'euros destinés à l'achat, au stockage et à la livraison de traitements pour les pathologies résultant d'actes terroristes.

Ce plan de lutte dont l'origine remonte à 1999, et même au début des années 1990 pour sa version embryonnaire, est décliné autour de trois axes : le renforcement des capacités de réaction en cas de crise, l'achat et le stockage de médicaments et de vaccins, et l'intervention sanitaire d'urgence.

CRÉDITS CONSACRÉS AU PLAN « BIOTOX » EN 2001-2002

(en millions d'euros)

Axe	Mesure	Nomenclature	Montant
Renforcement des capacités de pilotage de l'État	26 emplois en administration centrale	redéploiement	
	76 emplois en services déconcentrés		
	26 emplois à l'Institut de veille sanitaire		
Renforcement des moyens logistiques	Actions de communication	34-98-20	1,52
	Matériel pour les services déconcentrés	34-98-90	3,05
Mise à niveau du dispositif d'expertise	Astreintes dans les centres anti-poison et le laboratoire d'hydrologie	47-12-20	1,13
	Renforcement des centres nationaux de référence et astreintes à l'Institut Pasteur	47-18-40	4,59
Intervention sanitaire d'urgence	Renforcement des 9 centres hospitaliers référents	57-93-82	7,6
	Opérations de défense sanitaire	57-93-82	0,2
Stockage de médicaments et de vaccins (1)	Stockage d'antibiotiques	57-93-82	173,3
	Stockage d'antidotes	57-93-82	6,4
	Stockage de pastilles d'iode	57-93-82	5,9
	Stockage de vaccins	57-93-82	11,6 (2)
Total			215,3

(1) rattachement de fonds de concours abondé par l'assurance maladie.

(2) crédits non engagés.

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Votre Rapporteur spécial précise que la plupart de ces crédits s'imputent sur l'article 82 du chapitre 57-93, intitulé « Programme civil de défense », qui n'était plus doté depuis 1996, date à laquelle avait pris fin l'abondement de cette ligne par des crédits en provenance du secrétariat général de la défense nationale. La prompt réaction des pouvoirs publics dans la foulée des événements du 11 septembre et des craintes qu'ils ont fait naître a conduit à réactiver le dispositif existant.

Pour 2003, il est prévu dans le présent projet de loi 7 millions d'euros en autorisations de programme et 3 millions d'euros en crédits de paiement. Ces crédits sont notamment destinés au renforcement du potentiel d'intervention sanitaire, plus particulièrement de l'aide médicale urgente, dans l'optique d'une catastrophe majeure ou d'une action terroriste de grande ampleur.

2.- La prévention des risques environnementaux s'améliore

a) Des crédits en hausse à l'échelon central

Les crédits d'intervention inscrits sur le chapitre 47-12 – *gestion des risques sanitaires liés à l'environnement et aux milieux de vie* ont été utilisés en 2001 et 2002, au niveau central (article 10), pour soutenir financièrement diverses structures œuvrant dans ce domaine : l'Institut national de l'environnement et des risques, l'Assistance publique-hôpitaux de Paris pour une action de coordination des centres anti-poison, l'Institut national de recherche et de sécurité, ou encore le centre technique du bâtiment, mais aussi, ponctuellement, à certains centres hospitaliers.

Ces diverses actions seront poursuivies en 2003, sous réserve d'une évaluation des résultats obtenus ; le montant des mesures nouvelles sur l'article est

de 1,1 million d'euros, pour lutter contre la contamination par le mercure et les pesticides outre-mer, portant le total à 3,36 millions d'euros, en hausse de 48 %. Par redéploiement de crédits, un article 30 nouveau, « crises infectieuses », est créé et doté d'1,38 million d'euros.

b) À l'échelon déconcentré, un doublement de moyens

Les crédits inscrits à l'article 20 du chapitre 47-12 se sont élevés à 5,35 millions d'euros en 2002 contre 4,83 millions d'euros en 2001. Ils ont notamment servi au contrôle de la qualité des eaux d'alimentation et de baignade, à la lutte contre le saturnisme, à la toxicovigilance, et à la lutte contre le terrorisme. Les astreintes organisées en 2002 à la demande du ministère dans ce cadre ainsi que l'amélioration des connaissances relatives aux menaces éventuelles en 2003 ne pouvaient être engagées que si les financements exceptionnels de 2001 reportés sur 2002 étaient reconduits ; le doublement des crédits de l'article 20 et l'article 40 nouveau, « crises infectieuses », y pourvoient pour 2003, et il faudra veiller à leur pérennisation. 6,1 millions d'euros de mesures nouvelles sont prévues, portant le total à 11,2 millions d'euros.

3.- Les centres nationaux de référence, pôles d'expertise

Les centres nationaux de référence ont pour mission l'expertise concernant la microbiologie ou la pathologie des agents infectieux. Ils contribuent également à la surveillance épidémiologique, ont un rôle d'alerte et de conseil auprès des pouvoirs publics et des professionnels de santé. Un arrêté a renforcé en 2001 les missions des centres et prévu la création auprès du Directeur général de l'Institut de veille sanitaire d'un comité des centres nationaux de référence. 59 centres et laboratoires associés ont été nommés en 2002 suite à l'appel à candidature lancé fin 2001.

L'État participe financièrement à ces actions sur les crédits du chapitre 47-18, article 40 – qui devient dans le présent projet de loi l'article 50 du chapitre 47-12. De 1998 à 2001, la dotation a peu évolué, passant de 2,35 millions d'euros à 2,45 millions d'euros. En 2002, 1,09 million d'euros de mesures nouvelles ont été obtenus, en plus des 3,66 millions d'euros votés en loi de finances rectificative pour 2001 – et reportés en 2002 – dans le cadre de la lutte contre le bioterrorisme. Le budget total attribué aux centres en 2002 s'est ainsi élevé à 7,1 millions d'euros.

Quant aux cinq **centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales**, ils assurent une mission de soutien et d'orientation de l'action des établissements par des enquêtes épidémiologiques, une activité documentaire et de formation, l'évaluation des pratiques en hygiène et l'édition de recommandations. Ils fonctionnent grâce à des crédits de l'État et à une dotation spécifique sur les crédits de l'assurance maladie, allouée au Comité de lutte contre ces infections.

Au total, la dotation annuelle des centres s'élève à 2,94 millions d'euros en 2002. Ces moyens importants ont permis la poursuite de la régionalisation du dispositif et le développement des activités. Les crédits de l'État (chapitre 47-18, article 10) ont été portés en 2002 à 229.000 euros. **Votre Rapporteur spécial espère**

que la disparition de cet article et la non-reconduction totale des crédits ne nuira pas à l'action de ces centres.

N° 256- 38.- Rapport de M. Gérard Bapt sur le projet de loi de finances pour 2003 – (Santé et personnes handicapées)