

N° 1110
(1^{ère} partie)

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 9 octobre 2003

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU PLAN SUR
LE PROJET DE **loi de finances pour 2004** (n° 1093),

PAR M. GILLES CARREZ,
Rapporteur Général,
Député.

ANNEXE N° 38

SANTÉ, FAMILLE ET PERSONNES HANDICAPÉES

Rapporteur spécial : M. GERARD BAPT

Député

INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER : L'EXECUTION DES CREDITS DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES EN 2002 ET 2003, OU LES VICISSITUDES DE LA FONCTION DE RAPPORTEUR SPECIAL	11
I.- 2002 : LES A-COUPS D'UNE ANNEE ELECTORALE	11
A.- UNE EXECUTION HEURTEE.....	11
B.- L'EXECUTION PAR AGREGAT MARQUEE PAR LE « PROTOCOLE HOSPITALIER »	13
C.- 200 MILLIONS D'EUROS DE DETTES DEMEURENT.....	14
II.- 2003 : LE POIDS ECRASANT DE LA REGULATION BUDGETAIRE	15
A.- DES GESTIONNAIRES MALMENES	15
B.- DES ENGAGEMENTS NON RESPECTES	17
III.- LES OBSTACLES MIS AUX DEMARCHES DE VOTRE RAPPORTEUR SPECIAL	18
A.- LA NON-TRANSMISSION DE DOCUMENTS RELATIFS A L'EXECUTION.....	18
B.- L'ENTRAVE DELIBEREE AU CONTROLE.....	19
CHAPITRE II : LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE, SUPPORT D'UNE TIMIDE EXPERIMENTATION DE LA LOI ORGANIQUE DU 1^{ER} AOUT 2001	23
I.- LE PROGRAMME « SANTE PUBLIQUE-PREVENTION » SE VEUT UNE PREFIGURATION DE LA LOI ORGANIQUE	23
A.- LE MINISTERE A INCONTESTABLEMENT REFLECHI A LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI ORGANIQUE EN MATIERE DE SANTE PUBLIQUE.....	23
1.- Le projet annuel de performance proposé est ambitieux.....	23
2.- La présentation des actions, une classification détaillée.....	25
B.- ... SANS EVITER CERTAINS ECUEILS	31
1.- Le découpage en missions, programmes et actions paraît plutôt pertinent.....	32
2.- Le regroupement de l'ensemble des crédits de personnel en un seul programme de « fonctions support » trahirait l'esprit de la loi organique	34
3.- Un programme commun à deux missions serait contraire à l'article 7 de la loi organique	34
II.- LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE : BEAUCOUP D'OBJECTIFS, PEU D'INDICATEURS, LE POIDS DE LA REGULATION BUDGETAIRE	35
A.- UN LOURD HANDICAP A RATTRAPER EN MATIERE D'OBJECTIFS ET D'INDICATEURS	35
B.- LE GOUVERNEMENT NE TIENT PAS SES ENGAGEMENTS	39

1.– Gels et annulations ont pesé sur les actions de prévention.....	39
2.– La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie est malmenée.....	39
3.– La précédente loi d'envergure n'est pas encore complètement appliquée.....	43
III.– LA POLITIQUE DE SECURITE SANITAIRE OBTIENT UN REBASAGE DE SES MOYENS	45
A.– L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE MIS EN CAUSE A L'OCCASION DE LA CRISE SANITAIRE LIEE A LA CANICULE	45
B.– L'AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE ENVIRONNEMENTALE DOIT ENCORE TROUVER SA PLACE	47
C.– L'AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE DES ALIMENTS EST ESSENTIELLEMENT FINANCEE SUR LES CREDITS DE L'AGRICULTURE	49
D.– L'AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE DEVRA COMPTER DAVANTAGE SUR SES RESSOURCES PROPRES	51
E.– LA PREFIGURATION D'UNE AGENCE DE LA BIOMEDECINE	51
1.– Le périmètre final de l'agence est encore flou	51
2.– Les moyens de l'agence s'appuieront largement sur l'Établissement français des greffes en 2004	51
F.– L'ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG EST DEvenu BENEFICIAIRE	53
1.– La création de l'établissement a achevé la réorganisation du secteur.....	53
2.– Le contrat d'objectifs et de moyens devrait enfin être signé.....	53
CHAPITRE III : L'ETAT SE DESENGAGE DE L'ORGANISATION DES SOINS.....	55
I.– L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER EST ENTIEREMENT BASCULE VERS L'ASSURANCE MALADIE	55
A.– LES CREDITS D'ETAT SONT SUPPRIMES	55
1.– Le transfert des programmes en cours à l'assurance maladie pose des questions de droit	55
2.– L'État s'exonère des exigences de performance de la loi organique	57
B.– LE PILOTAGE DE L'OFFRE DE SOINS DEMANDE DAVANTAGE DE CLARTE	58
1.– Le projet de loi relatif à la politique de santé publique ne transforme pas les Agences régionales de l'hospitalisation en agences régionales de santé.....	58
2.– L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé doit encore gagner en efficacité	61
3.– L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation a tardé à se mettre en place.....	63
4.– L'informatisation du système de soins n'est pas achevée	65

II.- LA FORMATION SERA PROCHAINEMENT CONFIEE AUX REGIONS

- A.- LES SUBVENTIONS AUX ECOLES ET LES BOURSES MISES A NIVEAU
- B.- LES STAGES EXTRA-HOSPITALIERS ET L'ANNEE-RECHERCHE EN MANQUE DE MOYENS
 - 1.- Les stages des étudiants ne sont pas entièrement financés
 - 2.- Le déficit du financement de l'année-recherche se creuse
- C.- LA FORMATION MEDICALE CONTINUE N'EST TOUJOURS PAS MISE EN ŒUVRE

III.- LE GOUVERNEMENT AMORCE LA PRIVATISATION DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLEMENTAIRE

IV.- LES SERVICES DE SANTE OUTRE-MER SERONT MIEUX DOTES

CHAPITRE IV : LA POLITIQUE EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES EST SUSPENDUE A SA PROCHAINE REFORME

I.- 80 % DE TRANSFERTS

- A.- LES CREDITS D'ETAT ONT ETE GLOBALEMENT PRESERVES
 - 1.- Les interventions du ministère sont essentiellement locales
 - 2.- L'allocation supplémentaire du FSI est toujours sous-dotée
 - 3.- Les instituts nationaux seront mieux pourvus
 - 4.- L'ensemble des dépenses budgétaires est en progression
- B.- LES AUTRES FINANCEURS OCCUPENT UNE PLACE PREPONDERANTE
 - 1.- La sécurité sociale a encore accentué son effort
 - 2.- Les départements sont d'importants financeurs
- C.- MENACES SUR L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES
 - 1.- L'allocation évolue à un rythme régulier
 - 2.- 2004 sera-t-elle l'année de la remise en cause de l'AAH ?
 - 3.- L'articulation entre AAH et retraite a été trouvée

II.- UN EFFORT ACCENTUE DE CREATION DE PLACES

- A.- LE PLAN TRIENNAL A ATTEINT SES OBJECTIFS
- B.- LE PLAN PLURIANNUEL A ETE AMPLIFIE
- C.- L'EXECUTION CALAMITEUSE DES CONTRATS DE PLAN ÉTAT-REGIONS

III.- LA REFORME DE LA LOI DE 1975 PROMISE POUR 2004

- A.- LE CONSEIL NATIONAL CONSULTATIF DES PERSONNES HANDICAPEES A REFLECHI A LA FUTURE LOI RELATIVE A L'EGALITE DES CHANCES
- B.- LE CENTRE TECHNIQUE NATIONAL D'ETUDE ET DE RECHERCHE SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS
- C.- LES OUTILS OFFERTS PAR LA LOI DU 2 JANVIER 2002

CHAPITRE V : LA POLITIQUE FAMILIALE SUR CREDITS D'ETAT DEMEURE RESIDUELLE

I.- L'ESSENTIEL DES MESURES RELEVÉ D'AUTRES INSTRUMENTS

II.- 97 % DE TRANSFERTS

- A.- L'ALLOCATION DE PARENT ISOLE SERA MOINS GENEREUSE
- B.- LES TUTELLES ET CURATELLES SONT EN INSTANCE DE REFORME
- C.- DES DETTES DEMEURENT SUR CES DEUX POSTES

II.- LE TRANSFERT DU DEFENSEUR DES ENFANTS ET LA CREATION DE L'OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ENFANCE MALTRAITEE

- A.- DEUX EVOLUTIONS NOTABLES A L'ECHELON CENTRAL EN 2004
 - 1.- Une stabilité des interventions en 2003
 - 2.- Le Défenseur des enfants ne sera plus rattaché au Premier ministre
 - 3.- Un observatoire national devrait pallier le déficit d'évaluation
- B.- DES CREDITS EN HAUSSE A L'ECHELON DECONCENTRE
 - 1.- Les actions existantes sont restées stables en 2003
 - 2.- Les mesures nouvelles pour 2004 sont principalement à but informatif

EXAMEN EN COMMISSION

Article 81 : Majoration des taxes et redevances affectées à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)

Article 82 : Mise en place d'un forfait unifié de prise en charge des dépenses de couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) relevant d'une caisse d'assurance maladie ou d'un organisme complémentaire

AMENDEMENTS NON ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

L'article 49 de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances prévoit que le retour des réponses aux questionnaires budgétaires intervienne au plus tard huit jours francs à compter du dépôt du projet de loi de finances, soit, cette année, le 9 octobre 2003.

À cette date, 61 % des réponses étaient parvenues à votre Rapporteur spécial, qui n'a pu travailler avec 95 % des réponses que du fait de la date tardive de l'examen des crédits, et tient à ajouter deux commentaires :

– les circuits de transmission seraient notoirement accélérés si le cabinet ne procédait pas à une rétention d'information qui réduit à néant les efforts méritoires des services pour répondre dans les délais ;

– le retard d'un mois – malgré plusieurs relances – mis à répondre aux demandes d'information de votre Rapporteur spécial sur l'article 81 du présent projet de loi, rattaché à ses crédits, est inadmissible.

INTRODUCTION

Une tendance de fond se dessine insidieusement dans le projet de budget pour 2004 : **le désengagement de l'État du champ social et médico-social est programmé**. Au-delà du transfert non entièrement financé du RMI aux départements, ou encore de la prochaine décentralisation de la formation aux métiers sanitaires et sociaux, les crédits de la santé, de la famille et des personnes handicapées sont porteurs de signaux inquiétants, au premier rang desquels l'arrêt presque complet de toute politique d'investissement de l'État, au mépris des engagements conclus dans le cadre des contrats de plan État-régions, et l'amorce du basculement de la couverture maladie universelle complémentaire vers l'assurance privée, sans concertation aucune.

Avant de détailler ces questions, l'évolution des crédits de la santé, de la famille et des personnes handicapées peut être retracée comme suit, moyennant les mouvements de périmètre :

ÉVOLUTION DES CRÉDITS DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES Dépenses ordinaires et crédits de paiement

(en millions d'euros)

	LF 2003 à périmètre 2004	PLF 2004	Évolution PLF 2004/ LF 2003
Santé publique et sécurité sanitaire	286,5 (1)	321,86	12,34 %
Offre de soins et accès aux soins	1.170,2 (2)	1.154	- 1,38 %
Famille et personnes handicapées	6.990,68 (3)	7.117,29	1,81 %
Total	8.447,38	8.593,15	1,73 %

(1) après intégration des crédits de fonctionnement inclus en 2004 dans le programme « Santé publique-prévention ».

(2) après défalcation des crédits de paiement consacrés au FIMHO.

(3) après intégration de la subvention au BAPSA pour l'allocation aux adultes handicapés et des crédits consacrés au Défenseur des enfants.

Source : projet de loi de finances

À structure 2004, les crédits de la santé, de la famille et des personnes handicapées seront en légère progression par rapport à 2003 (+ 1,73 %), après une hausse de 1,87 % en 2003, pour s'établir à 8.593,15 millions d'euros en dépenses ordinaires et crédits de paiement, dont près de 80 % correspondent à des dépenses de transfert.

Les dépenses consacrées à la politique de santé publique, qui sont de réelles dépenses d'intervention, sont certes nettement plus dynamiques, mais leur poids est faible dans le total des crédits. **Il faut par ailleurs souligner qu'une bonne part de leur augmentation est due à la simple remise à niveau des subventions aux établissements sous tutelle** – en particulier les agences de sécurité sanitaire – après l'assèchement brutal de leur fonds de roulement en 2003.

Les autorisations de programme seront presque divisées par 2, après avoir été divisées par 5,5 en 2003, ce qui montre le désengagement complet de l'État en matière d'investissement. La situation des dépenses en capital est retracée dans le tableau suivant :

ÉVOLUTION DES CRÉDITS DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Dépenses en capital

(en millions d'euros)

	LF 2003 à périmètre 2004		PLF 2004		Évolution PLF 2004/ LF 2003	
	AP	CP	AP	CP	AP	CP
Offre de soins et accès aux soins	29,25	18,21	0	14	- 100 %	- 23,1 %
Famille et personnes handicapées	12,74	5,46	1,3	8,98	- 89,8 %	64,5 %
Total	41,99	23,67	1,3	22,98	- 96,9 %	- 2,9 %

Source : projet de loi de finances

Par ailleurs, les crédits regroupés dans l'agrégat 31 – *Gestion des politiques de santé et de solidarité*, retracés dans le rapport spécial de notre collègue Marie-Anne Montchamp sur les crédits de la Solidarité, s'établiront en 2004 à 1.011,41 millions d'euros, en hausse de 0,36 %, à périmètre constant, par rapport à 2003. 145 emplois seront supprimés, soit l'équivalent d'un départ à la retraite sur deux, et une baisse des effectifs de 1 % environ. En termes d'emplois budgétaires, la baisse serait de 0,62 %, représentant 94 emplois.

Le tableau suivant résume l'évolution d'une année sur l'autre des effectifs budgétaires du ministère, qui fait apparaître un solde net négatif de 94 emplois, résultant de la création de 68 emplois en administration centrale et de la suppression de 128 emplois dans les 26 directions régionales et les 96 directions départementales des affaires sanitaires et sociales, soit une baisse globale de 0,62 % :

ÉVOLUTION DES EMPLOIS BUDGÉTAIRES DES SERVICES COMMUNS SANTÉ-SOLIDARITÉ

	2003 au 31 décembre	Prévision 2004	Évolution 2004 / 2003 (en %)
Administration centrale	2.714	2.782	+ 2,51
– titulaires	2.300	2.389	+ 3,87
– contractuels	414	393	- 5,07
Services déconcentrés	12.331	12.169	- 1,31
– titulaires	12.027	11.877	- 1,25
– contractuels	304	292	- 3,95
Total	15.045	14.951	- 0,62
dont : – titulaires	14.327	14.266	- 0,43
– contractuels	718	685 (1)	- 4,6

(1) dont un militaire sous contrat et de carrière.

Source : projet de loi de finances

**Les principales tendances des crédits de la santé,
de la famille et des personnes handicapées pour 2004**

À structure 2004, les crédits du pôle « santé, famille et personnes handicapées » progressent de 1,73 % par rapport à la loi de finances pour 2003. Ce total de 8,6 milliards d'euros se répartit comme suit :

– les actions de santé publique et de sécurité sanitaire reçoivent 322 millions d'euros (+12,3 %), et sont pour partie présentés dans un programme « Santé publique-prévention » préfigurant la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances ;

– la politique de soutien au système de soins et de l'accès aux soins bénéficiera de 1,15 milliard d'euros (– 1,38 % par rapport à la gestion 2003). La CMU complémentaire, qui mobilise 82 % de ces crédits, fera l'objet d'une économie de 117 millions d'euros au détriment de l'assurance maladie (article 82 du projet de loi de finances) ;

– les dépenses en faveur de la famille et des personnes handicapées représentent 7,12 milliards d'euros (+ 1,8 % par rapport à 2003), dont 6,17 milliards pour les personnes handicapées (à 80 % pour financer l'allocation aux adultes handicapés et l'allocation supplémentaire du Fonds spécial d'invalidité) et 946 millions d'euros pour la famille et l'enfance (à 97 % pour financer l'allocation de parent isolé et les crédits de tutelle et curatelle publiques).

80 % de ces crédits correspondent à des dépenses de transfert.

CHAPITRE PREMIER L'EXECUTION DES CREDITS DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES EN 2002 ET 2003, OU LES VICISSITUDES DE LA FONCTION DE RAPPORTEUR SPECIAL

I.- 2002 : LES A-COUPS D'UNE ANNEE ELECTORALE

A.- UNE EXECUTION HEURTEE

L'exécution 2002 a connu deux dispositifs de régulation successifs mis en place par le Gouvernement : à la « régulation républicaine », traditionnelle lors d'échéances électorales majeures, instaurée par lettre de la secrétaire d'État au Budget du 25 février 2002, et prolongée, au-delà de son terme initialement fixé le 31 juillet, par lettre du ministre délégué au Budget et à la réforme budgétaire du 1^{er} août 2002, ont succédé les mesures conservatoires notifiées par lettre conjointe du ministre de l'Économie, des finances et de l'industrie et du même ministre délégué en date du 12 août.

La « **régulation républicaine** » visait à limiter la part des crédits engagés ou délégués au 31 juillet aux maxima suivants :

- 60 % des crédits disponibles sur le titre III, hors crédits de rémunérations, sauf pour les dotations globalisées de fonctionnement (maximum de 80 %) ;
- 50 % des crédits disponibles sur le titre IV ;
- 40 % des dotations de la loi de finances pour les affectations et les délégations d'autorisations de programme des titres V et VI.

D'après le rapport du contrôleur financier, certains aménagements ponctuels ont pu être apportés à ces objectifs sur la section « santé et solidarité ».

Les **mesures conservatoires** du 12 août 2002, décidées par le Gouvernement pour permettre le respect de ses engagements en matière de déficits publics, ont consisté à :

- mettre fin à la « régulation républicaine » ;
- procéder à des mises en réserve de crédits, pour un total, sur le budget « santé et solidarité », de 34 millions d'euros en autorisations de programme et 119 millions d'euros en crédits de paiement ;
- fixer des objectifs de reports de crédits sur l'exercice 2003, pour un montant global de 131 millions d'euros sur le même budget.

Cet objectif de reports a été nettement dépassé, notamment du fait des ouvertures de crédits intervenues en collectif de fin d'année. Les reports réels ont atteint en définitive 331,3 millions d'euros pour l'ensemble de la section, dont 244,5 millions d'euros de dépenses ordinaires et 86,8 millions d'euros de dépenses en capital.

Le tableau suivant isole, parmi ces mouvements, ceux ayant affecté les crédits retracés dans le présent rapport spécial :

EXÉCUTION DES CREDITS DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES EN 2002

(en millions d'euros)

Nomenclature (CP)	LFI	Mouvements positifs	Mouvements négatifs	Crédits ouverts	Total utilisé	Consommation (en %)
36-81 (1)	71,71	–	– 14,2	57,51	57,51	100
43-32	92,35	13,42	–	105,77	93,33	88,2
46-22	24,7	12,24	–	36,94	25,04	67,8
46-31 (2)	1.131,81	0,97	– 9,92	1.122,86	1.120,72	99,8
46-33 (3)	4.658,88	183,04	–	4.841,92	4.823,03	99,6
46-82-10	929,94	220	–	1.149,94	1.149,94	100
46-83-10	740	65	–	805	805	100
47-11	66,26	0,8	– 5,7	61,36	60,44	98,5
47-12	7,62	1,72	– 1	8,34	8,27	99,2
47-16	45,58	1,5	– 6,85	40,22	34,67	86,2
47-19	41,08	610,4	–	651,48	651,25	99,97
57-93 (4)	0	12,03	–	12,03	7,97	66,2
66-11	12,36	20,05	– 9,36	23,05	15,47	67,1
66-12	15,25	55,66	– 32	38,91	38,08	97,9
66-20 (5)	5,55	–	– 5,2	0,35	0,27	77,1
Total	7.843,09	1.196,83	– 84,23	8.955,68	8.890,99	99,3

(1) sauf l'article 80

(2) articles 10, 20, 30, 40 et 50.

(3) articles 10, 20 et 60.

(4) articles 81 et 82

(5) articles 10 et 60

Source : rapport du contrôleur financier

Le mouvement de très loin le plus important concerne, pour la troisième et dernière année, **l'article 23 du chapitre 47-19**, créé en gestion pour financer, en vertu du « protocole hospitalier » du 14 mars 2000, les remplacements de personnels. 2002 aura vu se cumuler deux des trois tranches du plan, d'environ 305 millions d'euros chacune. Pour la troisième et dernière fois donc, et à l'instar de la Cour des comptes, **voire Rapporteur spécial s'élève contre cette entorse à la sincérité budgétaire**, qui porte sur des montants très importants, et que rien ne justifie, sinon la volonté de diminuer artificiellement le volume des crédits votés en lois de finances initiales.

L'autre élément à noter dans ce tableau est la gestion problématique des dépenses en capital, en particulier celles des articles 10 et 60 du chapitre 66-20. Mais la critique vaut pour l'ensemble des titres V et VI de la section « Santé-solidarité », comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport sur *L'exécution des lois de finances pour l'année 2002*⁽¹⁾ : le montant des reports des années antérieures représente respectivement, note-t-elle, 368 et 248 % sur les titres V et VI de la section. Sachant que la situation, en dépit des assurances données l'an dernier à votre Rapporteur spécial, a encore empiré en 2003, il convient de s'interroger très sérieusement sur la gestion de ces dépenses. A cet égard, **le transfert global des**

⁽¹⁾ Cour des comptes, L'exécution des lois de finances pour l'année 2002, pages 68-69.

crédits d'investissement vers l'assurance maladie en 2004 ne doit pas valoir quitus pour la gestion passée.

Dans ce même rapport, la Cour note encore ⁽²⁾ que sur le budget « santé-solidarité », 92,5 % des crédits de paiement ouverts en loi de finances initiale ont été gelés, avec deux conséquences majeures : de nouveaux retards ont été pris dans la mise en œuvre des opérations de restructuration visant à améliorer l'accueil dans les établissements sanitaires et sociaux ; surtout, selon la Cour, « *le choix d'annuler pour des montants égaux des autorisations de programme et des crédits de paiement engendrera, au cours des prochains exercices, des difficultés accrues de couverture des AP par des CP, ce qui perturbera nécessairement l'exécution des programmes d'équipement votés par le Parlement.* » Que devrait dire la Cour dans son rapport de l'an prochain sur le même sujet ?

B.- L'EXECUTION PAR AGREGAT MARQUÉE PAR LE « PROTOCOLE HOSPITALIER »

Votre Rapporteur spécial regrette, cette année encore, la pauvreté en informations du compte rendu de gestion budgétaire, et en particulier l'absence de valeur ajoutée qu'il apporte par rapport aux documents budgétaires que sont le « vert » et le « bleu ». On mesure ici l'ampleur de la tâche à accomplir pour faire de ce document un véritable « rapport de performance » au sens de la loi organique du 1^{er} août 2001.

EXECUTION DE L'AGRÉGAT « SANTÉ PUBLIQUE » EN 2002

(en millions d'euros)

Composantes de l'agrégat	LFI	Exécution
Sécurité sanitaire	56	45
Santé publique	305	284
Santé environnementale	10	7
Total	371	336

Source : compte rendu de gestion budgétaire

Les crédits consommés ont ainsi été inférieurs de 9,4 % aux crédits votés.

EXECUTION DE L'AGRÉGAT « OFFRE DE SOINS ET ACCÈS AUX SOINS » EN 2002

(en millions d'euros)

Composantes de l'agrégat	LFI	Exécution
Rationalisation et amélioration de l'offre de soins	47	688
dont : organisation du système de soins	20	637
subventions d'équipement	12	14
FIMHO	15	37
Organisation et régulation des professions de santé	92	91
dont : écoles et formation	36	35
bourses	56	56
Garantie de l'accès aux soins : couverture maladie universelle complémentaire	930	1.150
Autres actions de protection de la santé	47	46

⁽²⁾ ibid., page 109.

<i>dont : remboursement des dépenses d'IVG</i>	25	25
<i>système de santé dans les DOM</i>	22	21
Total	1.116	1.975

Source : compte rendu de gestion budgétaire.

Votre Rapporteur spécial ne revient pas à ce stade sur les 609 millions d'euros ouverts en loi de finances rectificative pour l'application du protocole hospitalier. Celle-ci masque toutefois l'exécution de 40 % supérieure aux crédits votés, hors protocole hospitalier, pour la composante « Organisation du système de soins », de même que des dépenses du Fonds d'aide à l'adaptation des établissements hospitaliers (le « FIMHO ») supérieures de 146,7 % aux crédits votés.

EXÉCUTION DE L'AGRÉGAT « FAMILLE ET PERSONNES HANDICAPÉES » EN 2002

(en millions d'euros)

Composantes	LFI	Exécution
Personnes handicapées	5.663	5.793
<i>dont : accompagnement social</i>	<i>1.126</i>	<i>1.113</i>
<i>revenus de compensation</i>	<i>4.537</i>	<i>4.680</i>
Famille et enfance	885	962
<i>dont : interventions</i>	<i>23</i>	<i>21</i>
<i>tutelles et curatelles</i>	<i>122</i>	<i>136</i>
<i>allocation de parent isolé</i>	<i>740</i>	<i>805</i>
Total	6.548	6.755

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

Le compte rendu de gestion budgétaire a au moins le mérite en 2002 de présenter l'exécution des agrégats 22 – *Offre de soins et accès aux soins* et 25 – *Famille et personnes handicapées* en intégrant les mouvements de nomenclature intervenus en 2003, facilitant ainsi les comparaisons entre exercices.

Apparaît ici clairement la part plus que prépondérante (près de 82 % des crédits consommés) des dépenses de transfert.

C.- 200 MILLIONS D'EUROS DE DETTES DEMEURENT

La notion de « dette » ici retenue est celle de la loi organique relative aux lois de finances qui utilise, en son article 30, la notion de « droits constatés » et qui précise ainsi que « *les opérations sont prises en compte au titre de l'exercice auquel elles se rattachent, indépendamment de leur date de paiement ou d'encaissement* ».

Concernant les agrégats 21, 22 et 25, dix postes de dette étaient recensés au 31 décembre 2002 pour un montant total de 195 millions d'euros, détaillé dans le tableau suivant :

**DETTES CONSTATÉES AU 31 DÉCEMBRE 2002 SUR LES CRÉDITS DE LA SANTÉ,
DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

(en millions d'euros)

Nomenclature	Intitulé	Dettes au 31/12/2002	Remarques
43-32-21	Stages des résidents chez les médecins généralistes agréés et stages extra-hospitaliers des internes en santé publique, en médecine du travail et en pharmacie	20	Ouverture de 12 millions d'euros en collectif de fin d'année
43-32-22	Année-recherche de l'internat en médecine et en pharmacie	2,9	Dettes contractées envers les établissements hospitaliers
46-22-10	Remboursement aux organismes de sécurité sociale des dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse	18,63	Charge transférée à l'assurance maladie au 1 ^{er} janvier 2003
46-34-40	Tutelle et curatelle d'État	12,05	Dettes contractées envers des organismes publics et privés agréés
46-34-30	Remboursement de l'allocation de parent isolé	19,17	Dettes contractées envers la Caisse nationale d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole. La loi de finances rectificative du 6 août 2002 a ouvert 65 millions d'euros sur ce chapitre, dont 34,78 au titre des dettes au 31/12/01.
46-35-50	Allocation supplémentaire du Fonds spécial d'invalidité	93,2	Dettes contractées auprès des Caisses nationales d'assurance maladie et d'assurance vieillesse, et du Fonds lui-même pour les autres régimes.
47-11-40	Lutte contre les pratiques addictives	5,3	Dettes contractées envers l'assurance maladie au titre des dépenses de frais de sevrage antérieures à leur transfert au 1 ^{er} janvier 2000. Les 2,5 millions d'euros ouverts par la loi de finances rectificative du 30 décembre 2002 ont été consacrés au financement des structures de méthadone.
47-19-40	Services de santé outre-mer	12,21	Évacuations sanitaires de Mayotte vers la Nouvelle-Calédonie pour 11,4 millions d'euros, et dette de 808.000 euros des services de santé en Polynésie.
66-11	Subventions d'équipement sanitaire	11,53	Dettes de crédits de paiement envers les établissements hospitaliers après l'ouverture de 3 millions d'euros en loi de finances rectificative du 30 décembre 2002 sur l'article 20. En gestion 2003, cette dette a été ramenée à 1,8 million d'euros.
Total		194,99	

Source : d'après le ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées.

II.- 2003 : LE POIDS ECRASANT DE LA REGULATION BUDGETAIRE

A.- DES GESTIONNAIRES MALMENES

L'exercice 2003 a très tôt été marqué par de graves difficultés d'exécution dues au caractère manifestement irréaliste des hypothèses sur lesquelles le

Gouvernement avait bâti son budget. Les premières décisions de gel et d'annulation ont été à la mesure de ces erreurs volontaires, c'est-à-dire massives. Elles ont également été très précoces, et de ce fait ont caricaturé davantage encore l'autorisation parlementaire, réduite à une triste fiction.

À ce jour, on peut recenser les mesures suivantes :

– dès le 3 février, l'instauration de gels de crédits sous l'appellation de « réserve de précaution » et de « réserve d'innovation » ;

– le 14 mars, un décret d'annulation portant globalement sur 6,36 millions d'euros d'autorisations de programme, dont 1,95 million d'euros pour le budget de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, et 80,17 millions d'euros de crédits de paiement, dont 38,5 millions pour ce même budget ;

– en avril, l'ajustement des **mesures de gel, portant notamment sur les reports, ce qui constitue un très regrettable précédent**. Les reports sur l'ensemble de la section budgétaire se sont élevés à près de 300 millions d'euros, dont 112,2 millions d'euros pour les crédits de la Santé, et notamment 52,78 millions d'euros sur les articles 10 et 60 du chapitre 66-20 – *Subventions d'équipement social*, destinés aux établissements pour personnes handicapées ;

– un décret d'annulation en date du 3 octobre, pour 10,22 millions d'euros.

La gestion des reports a constitué, pour la première fois, un véritable point d'achoppement entre le ministère du Budget et les services gestionnaires. En effet, le gel de la quasi-totalité des reports a créé des tensions très importantes, notamment sur les crédits de fonctionnement des ministères « sociaux », non retracés dans le présent rapport spécial mais dans celui de notre collègue Marie-Anne Montchamp sur les crédits de la Solidarité. Le point de départ était le suivant :

REPORTS DE CRÉDITS DE LA SANTÉ DE 2002 VERS 2003

(en millions d'euros)

	Droit théorique à reports	Arrêté de reports	Reports non acceptés
<i>État H</i>			
43-32	14,19	14,19	–
47-12	1,23	1,17	0,64
47-16	10,02	9,01	1,01
47-19	3,52	3,08	0,44
Total	28,96	27,45	2,09
<i>Reports dans la limite de 1/10^e</i>			
46-34	0,91	0,91	–
46-35	9,24	9,21	0,02
47-11	9,02	6	3,03
47-12	1,07	1,07	–
Total	20,24	17,19	3,05
<i>Dépenses en capital (CP)</i>			
57-93 (1)	4,06	4,06	–
66-11	8,74	8,74	–
66-12	1,98	1,98	–

66-20 (2)	52,78	52,78	—
Total	63,5	63,5	—
Total général	116,76	112,2	5,14

(1) articles 81 et 82

(2) articles 10 et 60

Source : contrôleur financier

Dans l'attente de « dégels » de crédits éventuels, l'exécution du budget en 2003 s'établit comme suit :

**EXÉCUTION DES CRÉDITS DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES
HANDICAPÉES EN 2003**

(en millions d'euros)

	Crédits ouverts	Annulations des 14 mars et 3 octobre	Gels de reports	Total des gels résiduels (1)
36-81 (2)	64,8	10	—	—
43-32	151,54	—	2,19	2,19
46-34	957,51	0,8	0,91	0,91
46-35	5.973,78	5,01	9,21	4,2
46-82-10	970	—	—	—
47-11	178,99	18,4	3,5	7,4
47-12	20,81	—	2,24	2,34
47-16	49,06	3,5	8,84	8,79
47-19	46,27	3	3,08	3,08
Total	8.412,76	40,71	29,97	28,91
57-93 AP (3)	7	—	—	—
57-93 CP (3)	7,06	—	4,06	6,17
66-11 AP	22,25	1,95	—	4,02
66-11 CP	23,95	4,5	5,63	5,63
66-12 CP	17,23	1,01	1,01	—
66-20 AP (4)	12,74	—	—	3,79
66-20 CP (4)	58,24	—	14,95	14,95
Total AP	41,99	1,95	—	7,81
Total CP	106,48	5,51	25,65	26,75
Total général CP	8.519,24	46,22	55,62	55,66

(1) au 15 octobre

(2) sauf l'article 80

(3) articles 81 et 82

(4) articles 10 et 60

Source : contrôleur financier

B.- DES ENGAGEMENTS NON RESPECTES

Le tableau précédent démontre l'importance des gels de reports dans l'incertitude qui pèse encore sur la gestion 2003 ; votre Rapporteur spécial veut souligner combien ce précédent est éminemment critiquable, et vient rompre un contrat de gestion tacite qui garantissait aux gestionnaires une marge de manœuvre minimale. Sans trop y croire, on peut espérer que cette pratique nouvelle dissuadera les ouvertures massives de crédits en « collectif » de fin d'année et privilégiera les

ouvertures « sincères » en loi de finances initiale... Quoi qu'il en soit, on voit mal désormais comment critiquer un taux élevé de reports, puisque d'une part, des objectifs chiffrés avaient été assignés en ce sens de 2002 vers 2003, et que d'autre part, un simple « principe de précaution » va contraindre ces mêmes gestionnaires, après le précédent des gels de reports, à obtenir des reports aussi élevés que possible comme gage des gels ou annulations à venir.

On objectera la faible proportion des annulations et gels de crédits au regard du total des crédits ouverts ; ce serait oublier la caractéristique fondamentale d'un budget qui se compose essentiellement de transferts, donc de dépenses obligatoires – sauf à créer des dettes. Les crédits d'intervention proprement dits ont donc bien été durement touchés par la régulation budgétaire cette année.

Le ministre délégué au Budget et à la réforme budgétaire avait assuré la Commission des finances, en février dernier, que la totalité des crédits consacrés aux actions en faveur des personnes handicapées échappait à la régulation budgétaire... Une affirmation démentie dès le mois d'avril, avec le gel de 100 % des reports du chapitre 46-35. Ce gel s'est transformé en annulation le 3 octobre à hauteur de 54 %. Quant au chapitre 66-20, son exécution calamiteuse nuit à la politique menée en faveur des personnes handicapées.

III.– LES OBSTACLES MIS AUX DEMARCHES DE VOTRE RAPPORTEUR SPECIAL

En dehors de tout esprit polémique, votre Rapporteur spécial tient à mentionner ici, pour la déplorer, l'obstruction à laquelle il s'est heurté dans l'accomplissement de la mission de suivi et de contrôle permanents, sur pièce et sur place, que lui confie l'article 57 de la loi organique relative aux lois de finances.

A.– LA NON-TRANSMISSION DE DOCUMENTS RELATIFS A L'EXECUTION

Alors que le ministre de l'Économie, des finances et de l'industrie et le ministre délégué au Budget et à la réforme budgétaire avaient transmis pour information à la Commission des finances, comme le prévoit la loi organique, les mesures réglementaires de régulation budgétaire avant leur promulgation, et alors que le ministre délégué était venu présenter à la commission les premières mesures de gel en février, cette bonne habitude s'est vite perdue au fur et à mesure que la régulation se durcissait.

Ainsi, votre Rapporteur spécial a dû se rendre, le 20 mars dernier, au ministère du Budget et au ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées pour obtenir les informations relatives aux mesures de gels de crédits et contrôler l'imputation précise des annulations du 14 mars. Contrairement à ce qu'a prétendu le Rapporteur général à l'occasion de la communication en commission de votre Rapporteur spécial le 2 avril dernier pour rendre compte de son contrôle, c'est

bien en violation du III de l'article 14 de la loi organique que le Gouvernement a délibérément maintenu le Parlement dans l'ignorance de l'ampleur des mesures de régulation.

B.- L'ENTRAVE DELIBEREE AU CONTROLE

Plus grave que l'absence de transmission préalable de certains documents a été l'entrave inadmissible dont votre Rapporteur spécial a été victime le 21 août dernier alors qu'il se trouvait au ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées en vue d'obtenir communication des circulaires diffusées par le ministère en réaction à la crise sanitaire provoquée par la canicule de la première quinzaine d'août. Non content d'avoir brutalement interrompu un entretien que votre Rapporteur spécial menait dans les services en arguant du caractère « non budgétaire » des informations demandées, le cabinet du ministre a ensuite donné des instructions aux services déconcentrés et à l'Agence régionale de l'hospitalisation de Midi-Pyrénées pour l'empêcher de poursuivre sa mission sur le terrain.

La violation de l'article 57 de la loi organique est manifeste, dans la mesure où cet article dispose que « *tous les renseignements et documents d'ordre financier et administratif qu'ils [les rapporteurs spéciaux] demandent, [...], réserve faite des sujets à caractère secret concernant la défense nationale et la sécurité intérieure ou extérieure de l'État et du respect du secret de l'instruction et du secret médical, doivent leur être fournis.* » Ni les circonstances de la crise alors en cours, ni le fait que les personnels qui se sont rendus coupables d'entrave assuraient alors une permanence en période de congés, ne sauraient excuser en quoi que ce soit leur conduite inqualifiable. Si votre Rapporteur spécial accepte de considérer l'incident comme clos après un entretien téléphonique avec le ministre, il tient à reproduire (page suivante) la lettre adressée sur sa demande par le Président de la Commission des finances au ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées.

ASSEMBLÉE NATIONALE

COMMISSION DES FINANCES,
DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU PLAN

Le Président

n° 723

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ

PARIS, le 3 septembre 2003

Monsieur le Ministre,

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial des crédits de la Santé, m'a saisi des conditions dans lesquelles il n'a pas pu effectuer un contrôle sur pièces et sur place les 21, 22 et 25 août derniers dans votre ministère.

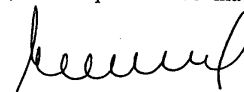
Il ressort des faits relatés par M. Bapt que des membres de votre cabinet ont interrompu l'entretien qu'il avait avec les fonctionnaires le 21 août dernier, et qu'il n'a pu obtenir l'intégralité des documents qu'il a demandé, notamment une circulaire relative au surcoût entraîné par la conservation de corps dans les hôpitaux.

Sur la forme, il me paraît souhaitable que l'exercice de leurs pouvoirs par les rapporteurs spéciaux puisse se dérouler dans de bonnes conditions, ce qui ne me paraît pas avoir été le cas.

Sur le fond, le refus à l'exercice du pouvoir de contrôle sur pièces et sur place ne me paraît pas fondé. Les articles 57 et 59 de la loi organique du 1^{er} août 2001, comme l'article 164-IV de l'ordonnance de 1959 portant loi de finances pour 1960, ne forment aucune réserve quant à la communication de documents à un rapporteur spécial dans le champ de leur compétence, si ce n'est une mention du secret médical qui ne me paraît pas opposable en l'espèce dès lors que les documents demandés sont de portée générale. Il me paraît également que les pièces demandées par M. Gérard Bapt entrent bien dans le champ de sa compétence s'agissant des crédits de la Santé. Tel ne serait pas le cas naturellement s'il s'agissait de documents mettant en cause par exemple la branche maladie du régime général, qui ressort du champ de la loi de financement de la sécurité sociale.

Je souhaiterais donc que le blocage constaté ne perdure pas.

Dans l'attente d'une réponse que je puisse transmettre à l'intéressé et à M. le Président de l'Assemblée nationale également saisi par M. Bapt, je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, en l'expression de ma considération la meilleure.



Pierre MÉHAIGNERIE

Monsieur Jean-François Mattei
Ministre de la Santé, de la Famille et
des personnes handicapées
8, avenue de Ségur
75007 PARIS

CHAPITRE II LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE, SUPPORT D'UNE TIMIDE EXPERIMENTATION DE LA LOI ORGANIQUE DU 1^{ER} AOUT 2001

I.- LE PROGRAMME « SANTE PUBLIQUE-PREVENTION » SE VEUT UNE PREFIGURATION DE LA LOI ORGANIQUE

A.- LE MINISTERE A INCONTESTABLEMENT REFLECHI A LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI ORGANIQUE EN MATIERE DE SANTE PUBLIQUE...

Avant d'élargir son analyse à l'ensemble de la nouvelle architecture proposée, votre Rapporteur spécial entend analyser l'expérimentation conduite dans le cadre du présent projet de loi.

1.- Le projet annuel de performance proposé est ambitieux

Au-delà des effets d'annonce et des travaux qui entourent cette expérimentation, l'ampleur technique du mouvement de nomenclature demeure limitée : cette expérimentation engendre la création du chapitre 39-01. Il regroupe :

- les crédits d'intervention consacrés à la prévention figurant antérieurement au chapitre 47-11 (totalité du chapitre, soit 164,1 millions d'euros) ;
- la part des crédits de fonctionnement du chapitre 34-98, article 42, destinés à la prévention en matière de santé publique, pour 2,3 millions d'euros ;
- la subvention du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées à l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), pour 22,7 millions d'euros, en hausse de 8 millions d'euros par rapport à 2003.

Soit un total de 189,1 millions d'euros, dont quelque 630.000 euros de mesures nouvelles négatives à périmètre constant.

a) Buts généraux du programme « Santé publique – prévention »

Les buts des futurs programmes relevant de la mission « Politique de santé publique » partent d'un certain nombre de constats relatifs à l'état sanitaire de notre pays. Le dernier rapport du Haut comité de santé publique souligne par exemple le contraste frappant entre l'évolution, au cours de la période récente, des problèmes de santé fortement influencés par les progrès réalisés en matière de soins, telles les maladies cardio-vasculaires, et celle des problèmes pour lesquels les possibilités thérapeutiques sont moindres alors que les actions de prévention sont essentielles : cirrhose du foie, cancer du poumon. Les faiblesses de la situation française tiennent pour une grande part au déséquilibre entre soins et prévention, cette dernière n'ayant pas fait l'objet d'investissements et de développements suffisants.

De ces constats et des travaux préparatoires au projet de loi relatif à la politique de santé publique votés en première lecture à l'Assemblée nationale le 14 octobre dernier, découlent les buts généraux du programme :

- diminuer la mortalité évitable ;

- améliorer la qualité de vie des personnes malades et lutter contre les incapacités (prévention secondaire et tertiaire) ;
- réduire les inégalités de santé en réduisant les inégalités d'accès à la prévention ;
- renforcer les connaissances disponibles en santé publique et leur diffusion en améliorant les systèmes d'information et en favorisant la recherche et la formation en santé publique.

b) Description des acteurs et des modalités de pilotage

Ce programme retrace :

- les actions de niveau national dans le champ d'intervention de la direction générale de la santé (subventions à des opérateurs nationaux de prévention en santé publique comme l'INPES et à certaines associations nationales, études et évaluation des politiques nationales) ;
- les actions du niveau régional et interdépartemental au travers de l'intervention des services déconcentrés vis-à-vis des associations locales ou des opérateurs (observatoires régionaux de la santé, comités régionaux et départementaux d'éducation à la santé notamment) ;

Les actions financées par l'assurance maladie, *via* le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, et par les collectivités territoriales, contribuent à la performance socio-économique du programme mais ne constituent pas en tant que telles des actions du programme.

Les activités de la direction générale de la santé et des directions régionales et départementales de l'action sanitaire et sociale (DRASS et DDASS) en matière de prévention sont classées en plusieurs sous-ensembles :

- l'étude et la connaissance des risques pesant sur la santé publique (« *Rechercher, observer et analyser* ») ;
- la formation et l'information des professionnels sanitaires et sociaux (« *Agir envers les professionnels sanitaires et sociaux* ») ;
- l'éducation de la population à la santé (« *Agir envers la population* ») ;
- l'éducation et l'échange envers les malades (« *Agir envers les malades* ») ;
- l'élaboration de textes législatifs et réglementaires (« *Réglementer* ») ;
- les fonctions d'état-major (« *Concevoir, piloter, évaluer* ») internes à la direction générale de la santé et dédiées au programme de prévention, notamment les 1^{ère} et 4^e sous-directions.

Le tableau suivant retrace l'évolution des crédits du programme :

ÉVOLUTION DES CREDITS DE PREVENTION EN SANTE PUBLIQUE ENTRE 2003 ET 2004

(en millions d'euros)

NATURE DE DÉPENSES	LFI 2003	LFI 2004
Dépenses de personnel	0	0
Dépenses de fonctionnement	20,54	28,79
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	2,3	2,3
Subventions pour charges de service public	18,24	26,49
Dépenses d'intervention	169,17	160,29
Total	189,71	189,08

Source : projet de loi de finances

Il importe de préciser que cette présentation des crédits n'intègre pas les transferts proposés dans le présent projet de loi au titre du plan de mobilisation nationale pour la lutte contre le cancer : 2 millions d'euros pour la mission interministérielle de lutte contre le cancer, 3 millions d'euros pour l'Institut de veille sanitaire et 0,5 million d'euros pour la direction de la recherche, des études, de

l'évaluation et des statistiques. À périmètre 2003 inchangé, le total des crédits retracés s'établirait en 2004 à 194,58 millions d'euros, soit une progression de 2,6 %, et non un repli de 0,3 %.

La critique est évidente et immédiate : le programme ne comprendrait pas de crédits de personnel (*cf. infra*).

2.- La présentation des actions, une classification détaillée

L'Organisation mondiale de la santé distingue trois types de prévention que le programme « Santé publique – prévention » vise à couvrir :

- la prévention primaire vise à prévenir la venue de la maladie en agissant sur ses causes et déterminants endogènes ou exogènes ; elle recouvre notamment l'éducation pour la santé, les actions d'information à destination du public en général ou de certains groupes ciblés ;
- la prévention secondaire vise à détecter les maladies, ou les lésions qui les précèdent, à un stade où l'on peut intervenir utilement. Elle recouvre notamment le dépistage ;
- la prévention tertiaire, plus tardive, vise à diminuer les récidives et les incapacités et à aider les personnes malades ou handicapées à vivre au mieux de leurs possibilités.

Au sein du programme, pas moins de dix-sept « problèmes de santé publique » ont été identifiés à partir de différentes sources et avis d'experts ; ils ont été baptisés de façon à être pérennes et à recouvrir l'ensemble des cent objectifs et cinq plans stratégiques figurant dans le rapport annexé au projet de loi relatif à la politique de santé publique. Ces problèmes de santé ont été regroupés en trois actions ; les deux autres actions sont résiduelles ou transitoires.

a) Action n°1 : les déterminants de santé

L'action « **déterminants de santé** » correspond aux actions de prévention primaire, concernant l'alcool, le tabac, la nutrition et l'activité physique, l'environnement, etc. Les facteurs socio-économiques n'ont pas été retenus car, même s'ils ont un impact sur l'état de santé, les mesures de prévention ne sont pas les moyens déterminants pour les faire évoluer ; ils font par ailleurs l'objet d'un programme « Lutte contre la précarité et l'exclusion » au sein de la mission « Intégration sociale et solidarité ». La qualité du système de santé et les pratiques professionnelles des professions de santé n'ont pas non plus été retenues car elles constituent des déterminants qui relèvent du programme « Offre de soins et qualité du système de soins ».

ACTION N°1 : LES DETERMINANTS DE SANTE

(en millions d'euros)

	2003 Interventions	2004 Interventions	2004 Poids de la sous-action
Sous-action n°1.1 : alcool	7,06	7,06	25%
Sous-action n°1.2 : tabac	4,49	4,49	16%
Sous-action n°1.3 : autres pratiques à risques	11,3	10,96	40%
Sous-action n°1.4 : nutrition et activité physique	3,47	non déterminé	19%

Sous-action n°1.5 : environnement (y compris le milieu de travail)	1,42	non déterminé	
Total	27,73	27,73	100 %

Source : projet de loi de finances

b) Action n°2 : les pathologies, centrées sur la lutte contre le cancer et le VIH/Sida

L'action « **Pathologies** » correspond aux actions de prévention secondaire : cancer, VIH/Sida et infections sexuellement transmissibles, hépatites, maladies rares, etc. Les intitulés ont été choisis de façon à constituer un niveau d'agrégat aussi synthétique que possible mais capable de rendre compte de l'ensemble des maladies justifiant une politique de prévention.

Les crédits concernent en premier lieu la lutte contre le cancer et le VIH/Sida. Cette concentration s'explique à la fois par l'importance et la nature de ces pathologies, par les modalités d'action retenues et par le stade d'avancement des programmes. Concernant les maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, maladie respiratoires), les actions de l'État concernent la prévention de facteurs de risques pour la majorité communs avec le cancer (alcool, tabac, nutrition) et le soutien d'associations nationales de prévention ou de soutien des personnes malades. Leur diagnostic précoce et leur prise en charge relèvent essentiellement des soins et sont donc pris en charge par les budgets de l'assurance maladie.

Priorité présidentielle oblige, ce dont votre Rapporteur spécial ne peut que se féliciter, un effort est fait pour la **lutte contre le cancer**. Les cancers sont la deuxième cause de mortalité en France et la première cause de mortalité prématurée, dont un grand nombre évitable (poumons, voies respiratoires supérieures) ; le pronostic d'autres est très nettement amélioré par un dépistage et une prise en charge précoces. Enfin, la qualité de vie et de prise en charge des personnes atteintes de cancer doit être améliorée. Un plan de mobilisation nationale comportant 70 mesures a été annoncé en mars 2003. L'État doit assurer le financement des mesures relevant de sa compétence, ce qui explique l'augmentation du budget alloué à la lutte contre le cancer passant, dans le champ de ce programme, de 5 millions d'euros en 2002 à 41,1 millions d'euros en 2003 et à 49,7 millions d'euros prévus en 2004. L'effort global contre le cancer est plus important, qui comprend des crédits extérieurs au programme « Santé publique-prévention ». Le total des crédits d'État mobilisés se monte à 55,2 millions d'euros.

Les **principales actions prévues en 2004** sont les suivantes :

- la mise en œuvre des programmes de dépistage organisé de certains cancers. Cette compétence relève théoriquement des conseils généraux, mais devant l'inégale implication de ces derniers, il a été décidé que l'État se substituerait aux départements défaillants pour assurer la généralisation. La participation de l'État pour la création des structures de gestion du dépistage organisé et leur fonctionnement s'élèvera à 29,6 millions d'euros en 2004 ;
- la création d'un **Institut du cancer**, doté de 11 millions d'euros.

La mise en œuvre des mesures relatives à l'amélioration de la prise en charge (organisation des soins, traitements) est financée sur le budget de l'assurance maladie.

La **lutte contre l'épidémie de VIH/Sida**, placée sous la compétence de l'État, est une priorité des pouvoirs publics depuis 1987. Sa mise en œuvre s'effectue dans le cadre d'un plan national triennal (2001-2004). La diffusion de cette pathologie, toujours mortelle, se poursuit dans la population : les cas hétérosexuels constituent la majorité des nouveaux cas de sida et la part des femmes continue de croître. Dans les départements des Antilles et de Guyane, l'épidémie continue d'évoluer selon une dynamique particulièrement préoccupante. Un relâchement des comportements préventifs est identifié

à travers une reprise des maladies sexuellement transmissibles depuis 1998 et une résurgence de la syphilis à Paris depuis 1999. Il est donc essentiel de maintenir en direction de l'ensemble de la population un dispositif important de prévention et d'accès au dépistage, et de développer des programmes spécifiques en direction des populations prioritaires. Grâce aux multithérapies, la mortalité est en recul et l'état des personnes atteintes s'est considérablement amélioré mais entraîne de nouveaux besoins en matière de prise en charge (notamment l'aide à l'observance de traitements particulièrement contraignants) et de prévention auprès des personnes séropositives. L'ensemble de ces considérations justifie le maintien des moyens consacrés à la lutte contre le VIH.

ACTION N°2 : LES PATHOLOGIES

(en millions d'euros)

	2003 Titre VI_{LOLF} Interventions	2004 Titre VI_{LOLF} Interventions	2004 Poids de la sous-action
Sous-action n°2.1 : cancer	41,21 (1)	49,71	45 %
Sous-action n°2.2 : sida	57,77 (2)	51,92	47 %
Sous-action n°2.3 : hépatites	3,65	non déterminé	8 %
Sous-action n°2.4 : autres maladies infectieuses	0,31	non déterminé	
Sous-action n°2.5 : maladies cardiovasculaires	0,3	non déterminé	
Sous-action n°2.6 : maladies rares	1,11	non déterminé	
Sous-action n°2.7 : diabète et maladies endocriniennes	0,21	non déterminé	
Sous-action n°2.8 : maladie d'Alzheimer et apparentées	0,12	non déterminé	
Sous-action n°2.9 : affections des voies respiratoires	0,11	non déterminé	
Sous-action n°2.10 : maladies rénales et maladies du sang (hors cancer)	0	non déterminé	
Sous-action n°2.11 : affections musculo-squelettiques	0,11	non déterminé	
Sous-action n°2.12 : autres pathologies	3,22	non déterminé	
Total	107,91	110,21	100 %

(1) À périmètre 2004, ce montant s'établirait à 36,21 millions d'euros.

(2) La diminution apparente des crédits affectés à la lutte contre le VIH/Sida est liée à un transfert de crédits vers l'INPES (et donc l'action numéro 5) de 5,8 millions d'euros. Les crédits sont donc stables.

Source : projet de loi de finances

c) Action n°3 : les thématiques, ou la poursuite des plans antérieurs

L'action « **Thématiques** », correspondant aux actions de prévention tertiaire : traumatismes par accidents et violences, santé mentale et suicide, iatrogénie, etc.

La **santé mentale** est au premier rang des problèmes de santé dans les pays européens si on considère l'impact en termes d'incapacité et un consensus existe sur la perspective d'une augmentation de la charge que représentent les problèmes de santé mentale. Par ailleurs le coût économique des problèmes de santé mentale est important : il est évalué entre 10 et 15 % des dépenses de soins dans un système où l'articulation entre prévention et soins est peu efficace. En matière de mortalité le suicide à lui seul représente entre 10 et 12.000 morts par an. Cette mortalité, actuellement en diminution pourrait connaître un regain en raison d'un effet cohorte dans les 20 ans à venir. Il apparaît donc nécessaire de poursuivre les actions entreprises.

ACTION N°3 : LES THÉMATIQUES

(en millions d'euros)

	2003 Titre VI_{LOLF} Interventions	2004 Titre VI_{LOLF} Interventions	2004 Poids de la sous-action
Sous-action n° 3.1 : traumatismes par accident et violences	1,62	1,55	17 %
Sous-action n° 3.2 : santé mentale et suicide	5,15	6,11	68 %
Sous-action n° 3.3 : troubles du langage	0,09	non déterminé	15 %
Sous-action n° 3.4 : reproduction et développement	2,74	non déterminé	
Sous-action n° 3.5 : qualité de vie et handicap	0,79	non déterminé	
Sous-action n° 3.6 : douleur	0,35	non déterminé	
Sous-action n° 3.7 : santé bucco-dentaire	0	non déterminé	
Sous-action n° 3.8 : iatrogénie	0,15	non déterminé	
Total	9,97	8,96	100 %

Source : projet de loi de finances

À trop se soucier de détail, en descendant dans la nomenclature au-dessous des actuels articles, le Gouvernement laisse apparaître le peu de crédits disponibles pour financer certains plans de santé publique. Une véritable loi de programmation en santé publique eût par conséquent été bien utile. Dans le champ de cette action « Thématiques », hors régulation budgétaire, la dotation proposée est en baisse de 1 million d'euros, soit un recul de 10,1 %, par rapport à 2003.

d) Action n°4 : les autres programmes de santé publique, une diminution de 43 % des crédits pour l'accès à la prévention et aux soins des populations précaires

Certaines actions de prévention sont transversales, visant par exemple des publics spécifiques ; elles ont été regroupées sous l'intitulé – trompeur ! – « **Autres programmes de santé publique** ». Trompeur, car il s'agit bien d'actions, non de programmes. Votre Rapporteur spécial note les limites, sur ce point, de l'approche par pathologies plutôt que par populations.

La contraction des moyens est visible dans le champ des « Autres programmes de santé publique ». Sous cet intitulé bien vague, il s'agit d'une réduction drastique des crédits destinés aux publics les plus fragiles, relevant en particulier des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). **Votre Rapporteur spécial s'insurge contre la tentation de tirer profit d'un redécoupage et d'un changement d'intitulé des actions menées pour masquer un désengagement coupable envers les plus démunis.** Il s'agit en outre, en l'espèce, d'une bien piètre politique de santé publique et d'un raisonnement à courte vue, puisqu'il est démontré qu'un retard d'accès aux soins pour des publics précaires engendre rapidement des soins bien plus lourds et bien plus coûteux pour des patients dont on a laissé l'état de santé se dégrader.

ACTION N° 4 : AUTRES PROGRAMMES DE SANTÉ PUBLIQUE

(en millions d'euros)

	2003 Titre VI_{LOLF} Interventions	2004 Titre VI_{LOLF} Interventions	2004 Poids de la sous-action
Sous-action n°4.1 : actions auprès de publics spécifiques	23,56	13,4	100 %
Total	23,56	13,4	100 %

Source : projet de loi de finances

Les PRAPS devront donc supporter une amputation de plus de 43 % en 2004 !

e) Action n°5 : les fonctions support et subventions globales aux opérateurs, un regroupement transitoire

Cette action retrace, d'une part, les moyens de fonctionnement directement gérés par le programme, qui ne relèvent donc pas du programme support du ministère (« Gestion et évaluation des politiques sanitaires et sociales »), et qui ne peuvent être affectés directement aux « actions de politique ». Le ministère précise : « À ce stade l'ensemble de ces moyens de fonctionnement y ont été intégrés. D'ici 2006, ils devront être prioritairement affectés aux " actions de politique " de façon à réduire aux seules dépenses non affectables la composante support de cette action ». D'autre part, sont incluses les subventions aux opérateurs (observatoires régionaux de santé et INPES). Là encore, le ministère précise : « À terme et conformément aux orientations retenues pour le traitement des opérateurs de l'État dans le cadre de la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001, les subventions globales aux opérateurs s'imputeront sur les différentes actions conformément à la répartition indicative notifiée à l'opérateur et aux objectifs qui lui auront été assignés. »

ACTION N°5 : FONCTIONS SUPPORT ET SUBVENTIONS GLOBALES AUX OPÉRATEURS

(en millions d'euros)

	2003 Titre VI_{LOLF} Interventions	2004 Titre VI_{LOLF} Interventions	2004 Poids de la sous-action
Sous action n° 5.1 : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	14,43 (1)	22,67	78 %
Sous-action n° 5.2 : observatoires régionaux de santé	3,82	3,82	14 %
Sous-action n° 5.3 : fonctions support	2,3	2,3	8 %
Total	20,54	28,79	100 %

(1) à périmètre 2004, ce montant s'établit à 22,23 millions d'euros.

Source : projet de loi de finances

Votre Rapporteur spécial sera attentif à la ventilation effective de ces crédits « de support » entre les actions « de politique », et se réjouit de la volonté affichée par le Gouvernement de respecter la loi organique. Il prend bonne note du caractère transitoire de cette action n° 5.

Dans l'attente de la mise en œuvre complète de la loi organique, les crédits, ventilés par action, évoluent comme suit :

ÉVOLUTION DES CREDITS ALLOUES PAR ACTION

(en millions d'euros)

	LFI 2003	PLF 2004
Déterminants de santé	27,73	27,73
Pathologies	107,91	110,21
Thématiques	9,97	8,95
Autres programmes de santé publique	23,56	13,4
Fonctionnement et subventions globales aux opérateurs	20,54	28,79
Total	189,71	189,08

Source : projet de loi de finances

La ventilation des actions par nature de dépenses serait la suivante :

CREDITS DE 2004 PAR NATURE ET DESTINATION

(en millions d'euros)

	Dépenses de fonctionnement	Dépenses d'intervention	Total
Déterminants de santé	0	27,73	27,73
Pathologies	0	110,21	110,21
Thématiques	0	8,95	8,95
Autres programmes de santé publique	0	13,4	13,4
Fonctionnement et subventions globales aux opérateurs	28,79	0	28,79
Total	28,79	160,29	189,08

Source : projet de loi de finances

En résumé, la seule mesure nouvelle obtenue pour 2004 pour les crédits de la prévention en santé publique concerne le « plan cancer » pour 18 millions d'euros. En parallèle intervient une mesure d'ajustement négative de 10,65 millions d'euros, essentiellement sur les PRAPS. On conviendra de la faible ampleur des moyens nouveaux au regard des besoins.

B.- ... SANS EVITER CERTAINS ECUEILS

Afin d'éviter tout malentendu, votre Rapporteur spécial tient à préciser qu'il se départ ici de tout esprit polémique. Au-delà de son appréciation personnelle, il entend s'inscrire dans le cadre des préoccupations exprimées par la mission d'information de la Commission des finances sur le suivi de la mise en œuvre de la loi organique, dont chaque rapporteur spécial a reçu mandat du Président et du Rapporteur général de la commission pour relayer les travaux, dans chaque ministère.

1.- Le découpage en missions, programmes et actions paraît plutôt pertinent

Le ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées a établi une structure de missions commune avec le ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, qui comporte trois missions : une mission « *Solidarité et intégration* », une mission « *Politique de santé* » et une mission « *Travail* ». Si cette dernière relève exclusivement du ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, la mission « *Solidarité et intégration* » est partagée entre les deux ministères et la mission « *Politique de santé* » relève exclusivement du ministère chargé de la santé.

L'architecture projetée pour la section « santé-solidarité » est la suivante, qui comprend deux missions regroupant un total de 11 programmes, contre six agrégats actuellement :

MISSION « POLITIQUE DE SANTE »

Programme 1	Santé publique - prévention
Action 1	Déterminants de santé
Action 2	Pathologies
Action 3	Programmes ciblés
Action 4	Programmes populationnels
Action 5	Fonctionnement et subventions globales aux opérateurs
Programme 2	Veille et sécurité sanitaire
Action 1	Organisation du système de veille et de sécurité sanitaire
Action 2	Risques infectieux
Action 3	Risques environnementaux
Action 4	Risques exceptionnels
Programme 3	Offre de soins et qualité du système de soins
Action 1	Niveau et qualité de l'offre de soins
Action 2	Accessibilité de l'offre de soins
Action 3	Fonctionnement et subventions globales aux opérateurs
Programme 4	Protection maladie complémentaire
Action unique	Accès à la protection maladie complémentaire

MISSION « SOLIDARITE ET INTEGRATION »

Programme 1	Lutte contre l'exclusion
Action 1	Prévention des risques d'exclusion
Action 2	Insertion sociale et professionnelle
Programme 2	Personnes handicapées
Action 1	Évaluation et orientation personnalisées
Action 2	Mobilisation pour l'emploi et ressources d'existence
Action 3	Compensations des conséquences du handicap
Action 4	Accès à la cité
Action 5	Pilotage global du programme
Programme 3	Personnes âgées

Action unique	Personnes âgées
Programme 4	Personnes immigrées
Action 1	Organisation des flux migratoires
Action 2	Intégration dans la société française
Programme 5	Familles
Action 1	Accompagnement des familles dans leur rôle de parents
Action 2	« Actions en direction des enfants dont les familles présentent des difficultés ou sont absentes » ou bien « actions en faveur des parents isolés »
Action 3	Protection des personnes vulnérables
Programme 6	Égalité entre les femmes et les hommes
Action 1	Accès des femmes aux responsabilités et à la prise de décision
Action 2	Égalité professionnelle
Action 3	Égalité en droit et en dignité
Action 4	Articulation des temps de vie

Le tableau de concordance entre les programmes et la nomenclature budgétaire actuelle est le suivant :

Programmes	Nomenclature 2004
Santé publique-prévention	39-01 <i>soit, dans la nomenclature 2003 :</i> 47-11 34-98, art.42 36-81, art.30
Veille et sécurité sanitaire	En cours
Offre de soins et qualité du système de soins	31-96 art.71 et 72 34-98 art.43 36-81 art.70 et 93 43-32 art.10, 21, 22, 60 47-19 art.10, 30, 40, 50, 60 57-93 art.82 66-11 66-12
Protection maladie complémentaire	46-82 art.10.
Personnes handicapées	36-81, art. 91 46-35 art. 10, 20, 30, 40 et 50 66-20 art 10 et 60
Familles	46-34 art. 10, 20, 30 et 40 46-36 art. 40.

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

Alors que la création d'un programme distinct consacré à la sécurité sanitaire ne semble pas encore définitivement acquise, votre Rapporteur spécial est partisan de cette distinction entre prévention et sécurité sanitaire, afin de ne pas tomber dans le travers décelable dans maints ministères : des programmes trop volumineux. Les actions ou « sous-actions » – ce dernier terme étant une création gouvernementale – ne sont qu'indicatifs, et l'autorisation parlementaire porte bien sur les missions et les programmes. Par conséquent, un nombre trop restreint de programmes réduit directement la marge de manœuvre de la représentation nationale. Tel n'est pas, bien au contraire, l'esprit de la loi organique.

2.- Le regroupement de l'ensemble des crédits de personnel en un seul programme de « fonctions support » trahirait l'esprit de la loi organique

Votre Rapporteur spécial constate, à la seule lecture des tableaux de ventilation des crédits reproduits *supra*, qu'apparaît l'impossibilité, à ce stade de la préparation, de s'extraire du mode de raisonnement issu de l'ordonnance organique du 2 janvier 1959. Le découpage des programmes s'effectue sans transgresser la frontière entre les crédits de personnel et les crédits de fonctionnement ou d'intervention ; le découpage des actions ne parvient pas à rendre fongibles crédits de fonctionnement et crédits d'intervention. Les crédits sont présentés par « titres LOLF », ce qui peut faciliter les comparaisons entre ancienne et nouvelle nomenclature, mais n'a aucun sens dans l'esprit de la loi organique.

Certes, dans le cadre de la présente expérimentation, qui se matérialise en un chapitre budgétaire, il semble difficile de faire abstraction de l'actuelle nomenclature du « bleu ». Mais votre Rapporteur spécial aimerait n'y voir qu'un défaut de maturation de la future architecture.

Le cas particulier des « fonctions support » a déjà été commenté *supra* à l'occasion de la présentation du programme « Santé publique-prévention » ; le cas des « services polyvalents » n'est pas très éloigné, même s'il correspond surtout à la réalité des services déconcentrés. Bien que l'existence de tels programmes ne soit pas en soi critiquable, et bien que ces catégories soient explicitement prévues par la loi organique, y regrouper systématiquement l'ensemble des crédits de personnel et de fonctionnement s'apparenterait à un détournement de procédure.

Il est envisagé de créer une action support au sein de certains programmes, pour des crédits qui ne sont pas directement rattachables aux autres actions de ces programmes :

– programme « Santé publique-prévention » : action 5 qui regroupe les crédits des chapitres 34-98, article 42 et 36-81, article 30 de la précédente nomenclature, aujourd'hui fondus dans le nouveau chapitre 39-01 ;

– programme « Personnes handicapées » : action 5 qui regroupe les crédits du chapitre 46-35, article 10, et une partie des crédits du chapitre 46-35 article 20 (centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées, centres d'information sur la surdité).

3.- Un programme commun à deux missions serait contraire à l'article 7 de la loi organique

La réponse au questionnaire budgétaire de votre Rapporteur spécial qui demandait des précisions sur ce point indique qu'« *est envisagé un programme mixte (à la mission « Politique de santé » et à la mission « Solidarité et intégration ») regroupant les moyens des fonctions support et les moyens des services polyvalents ; son périmètre précis sera très prochainement arrêté. Au titre des fonctions support, il regroupera principalement les moyens de l'administration centrale dès lors qu'ils ne sont pas spécifiques à un programme de politique ; le montant correspondant devrait représenter moins de 1 % du budget du ministère.* » **Un tel « programme mixte » serait manifestement contraire à l'article 7 de la loi organique.**

À cet égard, la mission d'information sur la mise en œuvre de la loi organique, constituée de nos collègues Michel Bouvard, Didier Migaud, Charles de Courson et Jean-Pierre Brard, a adopté, en dernier lieu dans son rapport d'étape de

juillet 2003 ⁽³⁾, une position très claire : « *La Mission [d'information] reste attachée à une construction de programmes " à coût complet ", même si celle-ci passe par une réorganisation des responsabilités administratives, voire des modifications de structures. La loi organique privilégie en effet une logique de responsabilisation qui suppose que chaque gestionnaire, pour pouvoir atteindre ses résultats, maîtrise l'ensemble des moyens prévus pour mener la politique dont il a la charge.* » Le rapport d'étape cite la Cour des comptes qui développe sur ce point la même analyse : « *la constitution de vastes programmes ministériels transversaux, qui priverait les autres programmes de certains de leurs moyens, doit [...] être proscrite.* » ⁽⁴⁾

Votre Rapporteur spécial admet volontiers la nécessité d'un temps d'adaptation. Pourtant, il note avec intérêt que d'ores et déjà, dans la réponse à sa question sur l'actuel agrégat 31 – *Gestion des politiques de santé et de solidarité*, le ministère est en mesure de faire la part des choses : la composante « Pilotage des politiques de santé et de solidarité », qui préfigure le périmètre des personnels de « fonction support », regroupe notamment « *les crédits du chapitre 34-98 (moyens de fonctionnement des services) directement gérés par des services à l'action identifiée (articles 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 84 et 86)* ». Dans ces conditions, la ventilation est bien possible.

À cette difficulté technique de mise en œuvre de la loi organique s'ajoute celle, tout aussi importante, de l'effort à accomplir pour faire de la gestion par la performance davantage qu'un slogan.

II.– LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE : BEAUCOUP D'OBJECTIFS, PEU D'INDICATEURS, LE POIDS DE LA REGULATION BUDGETAIRE

A.– UN LOURD HANDICAP A RATTRAPER EN MATIERE D'OBJECTIFS ET D'INDICATEURS

Le ministère se défend par avance du manque d'indicateurs de performance associés à son programme expérimental :

Objectifs d'efficacité socio-économique :

Le système d'information doit encore progresser pour rendre les informations recherchées disponibles ou élaborer des indicateurs présentant une meilleure adaptation aux besoins des projets et rapports annuels de performance.

Objectifs de qualité de service :

Des objectifs et des indicateurs de qualité de service seront définis ultérieurement, par exemple dans les domaines de la prévention qui relèvent de l'information et de l'éducation à la santé.

Objectifs d'efficacité de gestion :

L'efficacité de la gestion (efficience) n'est pas traitée à ce stade. Contrairement aux objectifs de nature socio-économique, cet axe d'analyse de la performance se prête bien à une mesure annuelle de la performance calée sur le calendrier budgétaire ; les indicateurs correspondants devront donc, à partir du projet de loi de finances pour 2006, être renseignés et suivis chaque année dans le rapport annuel de performance. La mise en œuvre de ce volet de la performance suppose la mise en place d'un contrôle de gestion approprié à la direction générale de la santé.

⁽³⁾ La réforme du budget de l'État : des conditions pour réussir. *Rapport d'information n° 1021*, p. 14.

⁽⁴⁾ *Cour des comptes*, Rapport sur l'exécution des lois de finances pour l'année 2002, p. 128.

Source : projet de loi de finances.

Il est vrai que d'une façon plus générale, le budget de la santé, de la famille et des personnes handicapées, comme d'ailleurs celui de la solidarité, est de longue date pauvre en objectifs et indicateurs. La mission d'information précitée s'en émeut d'ailleurs dans son rapport, reprenant en cela les critiques répétées des rapporteurs spéciaux concernés.

Telle est sans doute la raison pour laquelle a été annexé au projet de loi relatif à la politique de santé publique un rapport contenant une impressionnante série de cent objectifs assortis d'indicateurs plus nombreux encore. Devant une telle série toutefois, qui peut comprendre des objectifs nécessitant de « mesurer la qualité de vie des personnes malades » ou de « définir les critères opérationnels de l'équité » en matière d'accès aux soins, la prudence s'impose. Les objectifs sont répartis, dans le rapport annexé, en quatre catégories :

Catégorie d'objectifs	Part dans le nombre total d'objectifs
Objectifs quantifiables <i>exemple</i> : diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 %	38 %
Objectifs ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques <i>exemple</i> : réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance	35 %
Objectifs ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques <i>exemple</i> : réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU	23 %
Objectifs ayant pour préalable l'évaluation de programmes précédents ou pilotes <i>exemple</i> : définir d'ici quatre ans une stratégie nationale de dépistage du cancer colorectal	4 %

Ces chiffres donnent la mesure des efforts qui restent à accomplir, d'autant que la notion d'objectif quantifiable ne signifie pas que les indicateurs soient d'ores et déjà disponibles. Le Gouvernement pourrait utilement s'inspirer des recommandations de la mission d'information de la Commission des finances, reprises dans l'encadré suivant :

À chaque objectif doit être associé un nombre raisonnable d'indicateurs de résultats, pertinents, clairs et fiables. Plusieurs exigences s'imposent à leur élaboration :

- ils doivent d'abord être disponibles à un coût qui ne soit pas hors de proportion avec les bénéfices que l'on attend de leur usage ;
- il convient en outre de concilier la possibilité offerte au Gouvernement de modifier la formulation des objectifs en fonction des évolutions de l'environnement de l'action administrative avec la nécessité d'une lecture éclairée des résultats, qui suppose au contraire une certaine stabilité des indicateurs ;

- les indicateurs de résultats doivent également être variés, ne pas être seulement statiques, mais également dynamiques ;
- il est aussi souhaitable de faire apparaître des indicateurs de contexte qui permettent de différencier ce qui est imputable à l'action de l'État des éléments exogènes ;
- les indicateurs doivent enfin comporter des éléments de *benchmarking* à partir d'un référentiel de résultats fondé sur l'analyse des évolutions passées et les comparaisons entre services.

Source : Rapport d'étape de la mission d'information sur la mise en œuvre de la loi organique, op. cit.

En tout et pour tout, les indicateurs associés aux cinq actions du programme « Santé publique-prévention » sont les suivants :

- pour l'action « Déterminants de santé », la consommation annuelle d'alcool par habitant et la prévalence du tabagisme quotidien ;
- pour l'action « Pathologies », l'incidence annuelle du VIH/Sida ;
- pour l'action « Thématiques », le nombre de suicides et le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus.

Enfin, le programme expérimental est complété, en annexe, par un tableau d'objectifs et d'indicateurs associés à la future mission « Santé publique » :

OBJECTIFS GÉNÉRAUX D'UNE FUTURE MISSION « SANTÉ PUBLIQUE »

Objectifs	Indicateurs	Valeur de référence	Valeur cible (à 5 ans)
Diminuer la mortalité prématurée évitable par des actions de prévention primaire et secondaire	Mortalité infantile	4,5 ‰ en 2001	Atteindre la moyenne européenne des pays à développement comparable
	Mortalité prématurée évitable (1) toutes causes par sexe	Taux pour 100.000 en 1999 : Hommes = 120.4 , Femmes = 31.0	Atteindre la moyenne européenne des pays à développement comparable
Diminuer la morbidité évitable par la prévention primaire	non disponible	non disponible	à déterminer
Améliorer la qualité de vie des personnes malades et lutter contre les incapacités (prévention primaire, secondaire et tertiaire)	Échelle de santé perçue (2)	Moyenne et médiane à 8	à déterminer
	Risque vital (3)	Pronostic de « péjoratif très faible » à « sûrement mauvais » de 60%	
	Invalidité (population générale, en première approximation)	« Pas de gêne » 21,4%	
Réduire les inégalités de santé en réduisant les inégalités d'accès à la prévention	à déterminer	non disponible	à déterminer
Renforcer les connaissances disponibles en santé publique et leur diffusion en améliorant les systèmes d'information et en favorisant la recherche et la formation en santé publique.	à déterminer	non disponible	à déterminer

(1) La mortalité évitable correspond à la mortalité avant 65 ans. La mortalité prématurée évitable se différencie selon deux critères : celle liée aux habitudes de vie (alcool, tabac, accidents, ...) qui représente la part la plus importante et celle liée au système de soins, c'est-à-dire qui pourrait être évitée par une meilleure prise en charge.

(2) L' « échelle de santé perçue » est issue d'enquêtes d'opinion téléphoniques sur échantillons (la valeur de référence correspond au baromètre de santé 2000 – CFES/INPES).

(3) L'indicateur de « risque vital » résulte d'une enquête sur la santé et la protection sociale réalisée par le CREDES qui permet de bâtir un indicateur sur un échantillon de population à partir de questionnaires de santé interprétés par des médecins (la valeur de référence correspond au baromètre de santé 2000).

Source : projet de loi de finances

Le travail méthodologique qui a été réalisé en vue de la mise en œuvre de la loi organique montre que la distinction même entre objectifs d'activité et objectifs de résultat n'est pas toujours clairement perçue. Même une fois ces concepts acquis, la mutation exigée des administrations est de grande ampleur.

B.– LE GOUVERNEMENT NE TIENT PAS SES ENGAGEMENTS

1.– Gels et annulations ont pesé sur les actions de prévention

Qu'est-il advenu des 5,02 millions d'euros « provisionnés » au sein de l'article 10 du chapitre 47-11 en vue de l'adoption d'une loi de *programmation quinquennale* en santé publique ? Ils ont été passés par profits et pertes dès le premier décret d'annulation de 2003, le 14 mars... De cette « priorité des priorités » proclamée par le ministre à l'occasion de la présentation des crédits de son ministère pour 2003, ne reste que le texte voté par l'Assemblée le 14 octobre dernier, un texte certes intéressant, mais critiquable dans ses choix stratégiques, dépourvu de moyens budgétaires, et amendé dans la précipitation par le Gouvernement pour tenter de répondre aux critiques justifiées par le traitement de la crise sanitaire déclenchée par la canicule du mois d'août dernier.

À la question de votre Rapporteur spécial sur cette « provision » de 5 millions d'euros, le ministère répond : « *La présentation du projet de loi de programmation en santé publique devant le parlement a été décalée jusqu'au mois d'octobre. Le chapitre d'imputation de cette provision est marqué d'une annulation de crédits de 17 millions d'euros et d'un gel de 9,1 millions d'euros. En conséquence, il a été décidé de faire porter une partie de l'annulation sur ces 5 millions d'euros. Les opérations sont reportées sur l'année 2004.* » Tout est dit.

2.– La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie est malmenée

a) Des actions diversifiées

Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances adopté par le gouvernement le 16 juin 1999 était déjà, l'an dernier, arrivé à échéance. Le rapport de suivi de la Cour des comptes de 2001 avait constaté des améliorations sur la définition des objectifs, le pilotage, l'utilisation des crédits, même s'il reste quelques lacunes, notamment dans le domaine de la prévention et si des démarches amorcées doivent être poursuivies. La dernière recommandation portait sur la nécessité pour l'ensemble des ministères de généraliser une démarche d'évaluation externe des actions de lutte contre la toxicomanie. Le rapport global d'évaluation du plan triennal confié à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies a été présenté en avril 2003, sachant que 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. Ce rapport, tout en soulignant l'amélioration des connaissances du grand public et la professionnalisation des acteurs de la prévention souligne que la traduction concrète de l'approche globale s'est révélée complexe.

C'est pourquoi les travaux préparatoires du **futur plan quinquennal** qui sera proposé à l'automne par la **Mission interministérielle de lutte contre la**

drogue et la toxicomanie (MILDT) au Gouvernement ont privilégié une approche pragmatique qui devrait permettre de répondre à la progression et aux évolutions de la consommation de drogues notamment chez les jeunes par des réponses adaptées aux différents produits. **Encore faudrait-il que la MILDT se voie dotée des crédits nécessaires à son action, que les crédits votés soient effectivement disponibles, et que le devenir même de la structure soit mieux assuré.**

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

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

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

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

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

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

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

Par ailleurs la MILDT a été chargée d’animer des groupes de travail interministériels sur l’évolution de la loi de 1970 ⁽⁵⁾.

b) Des crédits instables, un avenir incertain

⁽⁵⁾ loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l’usage illicite de substances vénéneuses.

Comme votre Rapporteur spécial a eu l'occasion de l'écrire au Premier ministre, à qui la MILDT est et demeurera rattachée, alors même que la dotation budgétaire de la mission inscrite en loi de finances pour 2003 sur le chapitre 47-16 était en baisse de plus de 12 % par rapport à 2002, à 40 millions d'euros, les crédits réellement disponibles se montent à 27,7 millions d'euros.

En effet, les crédits reportés de 2002 sur 2003 – pour cause de dégels trop tardifs en 2002 –, qui s'établissaient à 9,06 millions d'euros, ont été gelés à hauteur de 8,84 millions d'euros, ce qui constitue un très regrettable précédent. Les dépenses certaines que ces crédits de reports devaient permettre d'honorer ont dû être couvertes par des crédits de l'exercice 2003. Par ailleurs, les décrets d'annulations du 14 mars et du 3 octobre ont représenté, sur cette ligne, un total de 3,5 millions d'euros. Votre Rapporteur spécial concluait ainsi son courrier : « *Si des dégels de crédits n'intervenaient pas très rapidement, à hauteur de 4 millions d'euros, boucler l'exercice 2003 sans sacrifier les actions déconcentrées, pourtant essentielles, s'apparenterait à la quadrature du cercle.* » Un million d'euros seulement ont été dégelés à temps pour être utilisés en 2003.

En 2004, la réorientation des actions de la MILDT vers les priorités de l'action gouvernementale est censée permettre d'amorcer des dispositifs nouveaux pour un montant de 10 millions d'euros, par redéploiement, sur une dotation de 38 millions d'euros, en baisse de 5 % par rapport aux crédits votés en 2003. Les domaines prioritaires de l'action de la MILDT en 2004 seront les suivants :

– dans le champ de la prévention de la consommation de substances psycho-actives, les actions en direction des mineurs seront au premier plan, qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool ou des drogues illicites, en particulier le cannabis. La collaboration avec le ministère de l'éducation nationale sera renforcée, notamment pour l'application de la loi Evin. Une enveloppe de 1 million d'euros sera déconcentrée pour soutenir des initiatives de renforcement de l'application de cette loi et d'aide au sevrage tabagique dans les établissements scolaires. Des consultations médico-psychologiques spécialisées orientées vers les jeunes consommateurs, leurs parents et leurs familles seront développées. Une enveloppe de 1 million d'euros sera réservée à des expérimentations en ce sens. Le tableau suivant résume ces actions :

ACTIONS DE PREVENTION EN DIRECTION DE LA JEUNESSE

(en millions d'euros)

Programmes départementaux de prévention	4
Actions locales Éducation nationale CESC / loi Evin	1
Actions locales des ministères en charge de la jeunesse	1
Actions nationales des ministères	1
Expérimentation de nouveaux lieux de prise en charge socio-sanitaire	2
Actions de prévention menées par des associations nationales	0,6
Total	9,6

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

– en termes d’ordre public, la priorité sera donnée au rappel du caractère illégal de la consommation de stupéfiants comme des actes préparatoires à cette consommation. La MILDT pilotera des actions de communication à destination du grand public conjointement avec l’INPES. Elles s’appuieront sur un nouveau régime de sanction et d’organisation du dispositif de repérage et d’intervention précoce, en cohérence avec les évolutions de la réforme de la loi de 1970 précitée. Une enveloppe de 3,6 millions d’euros est prévue à cette fin ;

– le dispositif de prise en charge et de soins sera consolidé, *via* une meilleure coordination entre les consultations de dépistage et d’orientation et les services chargés de la prise en charge des personnes qui relèvent du soin. Les centres spécialisés bénéficieront d’un soutien financier afin de traiter les problèmes liés à la dépendance au cannabis. Des réponses innovantes seront proposées pour la prise en charge des personnes dépendantes à l’héroïne. Un million d’euros seront consacrés à l’expérimentation de « Programmes sans drogue ».

DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE ET DE SOINS

(en millions d’euros)

Programmes sans drogue	1
Orientation socio-sanitaire des usagers sous main de justice (Conventions départementales d’objectifs, injonctions thérapeutiques)	10
Actions locales	4
Total	15

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

Alors que la dotation de la MILDT ne cesse de décroître, l’ajustement porte sur les crédits délégués aux ministères, en particulier sur les actions déconcentrées. À ce jour, 2,5 millions d’euros ont été engagés dans ce cadre, contre 5 millions en 2002, 10 millions en 2001 et 14 millions en 2000.

Le tableau suivant résume le budget de la mission pour 2004 :

BUDGET DE LA MILDT POUR 2004

(en millions d’euros)

Article 10 – Transferts aux ministères : actions nationales et internationales	5
Reconduction des dispositifs existants	1,37
Coopération internationale :	
- Organisations internationales	0,55
- Poursuites de projets bilatéraux	0,15
Actions internationales :	
- Crédits d’injonction thérapeutique	0,67
Nouveau plan de lutte contre la drogue	3,63
<i>L’ensemble des actions définies par le comité interministériel pour l’année 2004</i>	
Article 20 – Interventions dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie : dépenses non déconcentrées	12
Reconduction des dispositifs existants	9,44
- GIP DATIS (téléphonie sociale) fonctionnement	4,7
- GIP OFDT fonctionnement + conventions pluriannuelles	3,35
- CIFAD fonctionnement + formations	0,35
- Toxibase centre coordinateur	0,43
- Associations diverses	0,6

Nouveau plan de lutte contre la drogue	2,56
- Recherche	1,56
- Programme sans drogue : coût moyen 20.000 euros par personne prise en charge	1
Article 30 – Interventions dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie : dépenses déconcentrées	21
Reconduction des dispositifs existants	15,3
- Convention départementale d'objectifs Justice/Santé	9
- Centres d'information et de ressources sur les drogues départementaux	2,3
- Programmes de prévention et formations multi catégorielles	3
- Actions locales de prévention des ministères de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, agriculture	1
Nouveau plan de lutte contre la drogue	5,7
- Nouveaux programmes de prévention	1
- Expérimentation d'outil de prise en charge socio-sanitaire de première ligne, 250.000 euros par structure	1
- Centres de consultation et de prise en charge cannabis	2
- Actions locales des ministères dans le cadre de l'application de la loi Evin	1
- Nouveaux CIRDD régionaux	0,7
Total	38

Source : mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Par ailleurs, le souhait du Gouvernement de réduire le nombre de structures rattachées au Premier ministre se traduit par **une évolution particulièrement instable pour la MILDT** : bien que toujours rattachée à Matignon, ses 37 emplois budgétaires sont transférés sur le budget de la section « santé-solidarité », sans pour autant que les ministères mettant des agents à disposition de la MILDT (comme l'Intérieur, l'Éducation nationale ou la Justice) aient été consultés. Le calcul a été simple : les 40 emplois du Conseil supérieur de l'audiovisuel devant être rattachés aux Services généraux du Premier ministre, le dégagement des agents de la MILDT est apparu fort opportun...

3.– La précédente loi d'envergure n'est pas encore complètement appliquée

Les dispositions de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé concernent – outre le titre I^{er} traitant de la solidarité envers les personnes handicapées –, pour l'aspect « droits des malades », l'accès aux informations personnelles de santé et l'indemnisation des accidents médicaux notamment, et pour l'aspect « qualité du système de santé », de nombreuses dispositions relatives en particulier à l'exercice libéral des professions de santé, à leur formation continue, aux réseaux de santé, à la politique de prévention, à la chirurgie esthétique. **Sur un total de 68 décrets d'application, 19 ont été pris, soit 28 %. Dix autres sont en préparation.** En outre, le dispositif d'indemnisation des accidents médicaux, les textes nécessaires à sa mise en place ont été publiés. Les plus récents sont dus aux modifications apportées par le législateur au dispositif initial par la loi du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale.

Le tableau suivant dresse la liste des décrets publiés ou en préparation :

MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DU 4 MARS 2002 RELATIVE AUX DROITS DES MALADES
ET A LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

Article de la loi	n° et date du décret	Objet
Décrets publiés		
Titre I^{er} : solidarité envers les personnes handicapées		
Art. 1 ^{er}	2002-1387 du 27 novembre 2002	Missions du Conseil national consultatif des personnes handicapées
Titre II : démocratie sanitaire		
<i>Chapitre 1^{er} : droits de la personne</i>		
Art. 10	2002-619 du 26 avril 2002	Suspension de peines pour les détenus malades
<i>Chapitre 2 : droits et responsabilités des usagers</i>		
Art. 11 et 14	2002-637 du 29 avril 2002	Accès au « dossier médical »
<i>Chapitre 4 : responsabilités des professionnels de santé</i>		
Art. 33	2002-599 du 22 avril 2002	Liste et ressort des tribunaux spécialisés en matière sanitaire
Titre III : qualité du système de santé		
<i>Chapitre 3 : déontologie des professions et information des usagers du système de santé</i>		
Art.	2003-198 du 7 mars 2003	Modalités d'élections aux conseils de l'ordre des pharmaciens
Art. 77	2002-1399 du 28 novembre 2002	Activités autres que transfusionnelles pouvant être exercées par les établissements de transfusion sanguine
<i>Chapitre 4 : politique de prévention</i>		
Art. 79	2002-639 du 29 avril 2002	Organisation de l'INPES (1) et du comité technique national de prévention
Art. 79	3 mai 2002	Nomination du président du conseil d'administration et du directeur général de l'INPES
Art. 83	2002-776 du 2 mai 2002	Conseil supérieur de l'information sexuelle de la régulation des naissances et de l'éducation familiale
<i>Chapitre 6 : dispositions diverses</i>		
Art. 89	2003-85 du 30 janvier 2003	Création d'un diplôme de gynécologie médicale
Art. 95	2002-1221 du 30 septembre 2002	Mise en service de certaines catégories de dispositifs médicaux
Titre IV : réparation des conséquences des risques sanitaires		
Art. 98	2002-656 du 29 avril 2002	Commission nationale des accidents médicaux
Art. 98	2002-886 du 3 mai 2002	Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux
Art. 98	2002-638 du 29 avril 2002	Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)
Art. 98	3 mai 2002	Nomination du président du conseil d'administration et du directeur de l'ONIAM
Art. 100	2003-168 du 28 février 2003	Bureau central de tarification et montant de la franchise
Art. 98	2003-288 du 28 mars 2003	Plafonds de garantie minimale des contrats d'assurance de responsabilité civile médicale
Art. 98	2003-314 du 4 avril 2003	Modalités de la procédure devant les commissions régionales d'indemnisation des accidents médicaux
Décrets en préparation		
Art. 19		Organisation et fonctionnement de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques
Art. 3		Règles de confidentialité des données médicales échangées entre professionnels de santé par voie électronique
Art. 16		Commission des relations avec les usagers
Art. 25, 27, 72		Application des dispositions « anti-cadeaux »
Art. 52 et 55		Conditions d'autorisation des installations de chirurgie esthétique
Art.		Composition et fonctionnement du conseil des professions d'infirmiers, de masseurs kinésithérapeutes, pédicures et podologues

(1) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

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

III.- LA POLITIQUE DE SECURITE SANITAIRE OBTIENT UN REBASAGE DE SES MOYENS

L'exercice 2003 aura été marqué par une ponction sans précédent sur les budgets des différentes agences de sécurité sanitaire. Le niveau de ces fonds de roulement de ces établissements pouvait certes apparaître comme trop important, mais il était lié à leur montée en charge et devait permettre de faire face à des projets d'ampleur, immobiliers notamment. Votre Rapporteur spécial s'inquiétait vivement dans son rapport de l'an dernier de l'assèchement de trésorerie dont lui avaient fait part les responsables des agences ; alors que la politique de sécurité sanitaire est plus que jamais un besoin vital pour notre pays, le rebasage des dotations financées sur les crédits de l'État était bien le moins que pût faire le Gouvernement.

De surcroît, le drame humain et sanitaire qu'a connu notre pays à l'occasion de la canicule de l'été dernier mérite, notamment au regard des dysfonctionnements administratifs constatés, une réflexion approfondie et une action d'envergure. Les travaux de la récente mission d'information de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale⁽⁶⁾ ainsi que ceux de la commission d'enquête qui vient d'être créée devront y aider.

A.- L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE MIS EN CAUSE A L'OCCASION DE LA CRISE SANITAIRE LIEE A LA CANICULE

La loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle des produits destinés à l'homme a confié à l'Institut un rôle central en matière de données épidémiologiques et d'organisation des systèmes d'information nécessaires à ce recueil. Cet établissement public de l'État, 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 :

– la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population en s'appuyant notamment sur ses correspondants publics et privés participant à un réseau national de santé publique ;

– l'alerte des pouvoirs publics en cas de menace pour la santé publique, quelle qu'en soit l'origine, et la recommandation de toute action appropriée ;

– la conduite de toute action destinée à identifier les causes d'une modification de l'état de santé de la population, notamment en situation d'urgence.

L'Institut s'attache donc à structurer depuis sa création en 1998 un réseau de veille sanitaire susceptible de répondre à la diversité de ses activités que l'on pourrait répartir en trois grands groupes : les missions scientifiques planifiées dans le domaine des maladies infectieuses, des maladies professionnelles, de l'environnement et ses effets sur la santé, des cancers, des maladies chroniques et des traumatismes, les activités non planifiées consécutives à des alertes qui sont déclenchées lorsqu'un événement anormal et non prévu (montée d'une maladie,

⁽⁶⁾ Denis Jacquat, Prévoir l'imprévisible, changer de regard sur le vieillissement : deux défis pour demain, rapport d'information n° 1091, octobre 2003.

danger environnemental) est jugé suffisamment préoccupant pour justifier la mobilisation dans l'urgence d'une équipe d'épidémiologistes et son animation rapide en réseau de « correspondants », et les activités de « support » qui concernent la mise en place d'un réseau de santé publique, le recueil des données et les systèmes d'information.

Confronté quotidiennement aux alertes sanitaires, l'Institut a besoin de renforcer son système de prise en charge, en particulier pour celles dont l'origine n'est pas immédiatement repérable. L'exemple le plus frappant est évidemment celui de la canicule de l'été 2003. À cet égard, il a été envisagé dans le cadre du projet de loi de santé publique précité de centrer les missions de l'Institut sur la veille, l'alerte sanitaire et l'aide à la gestion des crises, et de construire des systèmes d'information à partir d'indicateurs de surveillance de l'état de santé. Rien que de très normal. Quant à « prévoir l'imprévisible », pour reprendre le titre du rapport précité, cette mission n'a sans doute pas à être inscrite dans la loi.

Le tableau suivant décrit l'évolution récente du budget de l'Institut :

ÉVOLUTION DU BUDGET DE L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

(en millions d'euros)

	2002	2003 (1)	Évolution
Recettes			
Subvention du ministère de tutelle	16,5	16	- 3 %
Produit des ressources affectées	7,2	6,5	- 9,7 %
Autres ressources de fonctionnement	0,7	0,3	- 57,1 %
Prélèvement sur le fonds de roulement	6,6	14,9	125,8 %
Dépenses			
Personnel	13,3	19,3	45,1 %
Fonctionnement	15,8	16,4	3,8 %
Investissement	1,96	2,02	3,4 %
Total en recettes et en dépenses	31	37,7	21,6 %

(1) prévision

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

L'exercice **2002** se solde par un déficit de fonctionnement de 3,67 millions d'euros et par une insuffisance d'autofinancement, charges d'amortissement déduites, de 3,4 millions d'euros. Le budget **2003** s'inscrit dans le cadre pluriannuel du contrat d'objectifs et de moyens conclu avec l'État pour deux ans. L'équilibre de la gestion 2003 est obtenu par une reprise sur fonds de roulement de près de 12,7 millions d'euros, à laquelle il convient d'ajouter 1,55 million d'euros au titre des reports. Le niveau prévisionnel du fonds de roulement serait ramené de 14,5 millions d'euros au 31 décembre 2002 à moins de 300.000 euros à la fin 2003. La gestion 2003 devrait traduire une nouvelle amélioration du taux d'exécution budgétaire et du taux de vacance de postes.

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

	2000	2001	2002	2003
Postes budgétaires (A)	140	155	235	271,5
Effectifs présents (B)	113	138	214	n.d.
Adéquation (B/A)	80 %	89 %	91 %	n.d.

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

Par ailleurs, l'établissement dispose de 44 emplois non budgétaires et de 6 mises à disposition, 5 agents provenant de la fonction publique hospitalière, le sixième d'un établissement public.

En 2004, la subvention de l'État s'établira à 34,12 millions d'euros, et représentera environ 80 % des ressources de l'établissement. L'augmentation de cette subvention financera, d'une part, le lancement des travaux de réaménagement des locaux, et d'autre part **4 emplois nouveaux** destinés à conforter le dispositif de surveillance et d'alerte. De plus, l'Institut bénéficiera d'une mesure nouvelle de 3 millions d'euros pour les besoins de la mise en œuvre du « plan cancer », et d'un transfert en provenance du chapitre 47-11, article 10, pour le suivi des hémophiles, à hauteur de 530.000 euros.

Il n'est pas certain que l'augmentation des moyens, et notamment la faible progression du nombre d'emplois budgétaires, permette à l'Institut de relever tous les défis qui lui sont lancés ; à titre d'exemple, la seule mise en œuvre du « plan cancer » demanderait 17 emplois supplémentaires.

B.- L'AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE ENVIRONNEMENTALE DOIT ENCORE TROUVER SA PLACE

L'Agence, créée par la loi n° 2001-393 du 9 mai 2001, a vu son organisation et son fonctionnement précisés par un décret du 1^{er} mars 2002. Elle a été inaugurée par les ministres chargés de la santé et de l'environnement en novembre 2002 dans des locaux provisoires loués par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments à Maisons-Alfort.

La directrice générale, Mme Michèle Froment-Védrine, que votre Rapporteur spécial a auditionnée, a été nommée en avril 2002, et le président du conseil d'administration en novembre de la même année. Les lois de finances pour 2002 et 2003 ont prévu au total 29 emplois budgétaires. Une vingtaine de personnes ont d'ores et déjà été recrutées, les autres le seront avant la fin de l'année.

TABLEAU DES EMPLOIS DE L'AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE ENVIRONNEMENTALE

	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C	Total
Direction générale	2			2
Secrétariat général	1	2,5	1	4,5
Directeur scientifique	0,5			0,5
Chefs de département	2,5			2,5
Unité Évaluation des risques	3			3
Unité Substances chimiques	3			3
Unité Agents physiques	1			1
Unité Analyse du risque	1,5			1,5
Unité Perception sociale				
Relations avec la recherche	1			1
Suivi des comités d'experts	1			1

Appui scientifique	1	1		2
Total	17,5	3,5	1	22

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

Trois comités d'experts spécialisés ont été créés par l'arrêté du 10 mars 2003. Un appel à candidature pour ces comités a été entrepris avant l'été 2003 et ils pourront être opérationnels avant la fin de l'année. Bien qu'ayant faiblement recruté, jusqu'au printemps 2003, l'agence a pu en 2002 et 2003 conduire plusieurs travaux scientifiques importants, et notamment :

- l'évaluation des risques liés au naufrage du pétrolier Prestige a été conduite, afin de déterminer dans quelles conditions les plages pouvaient être réouvertes au public ;
- la participation au conseil scientifique en charge des impacts sanitaires et environnementaux du site de Metaleurop dans le Nord-Pas-de-Calais ;
- l'analyse de la situation du réseau de toxicovigilance ;
- un avis sur les impacts sanitaires des radiofréquences émises par la téléphonie mobile.

En 2004 l'agence devra avant tout poursuivre sa montée en charge. Elle devra également dresser un état des propositions concrètes de modalités de travail avec l'Institut de veille sanitaire, l'Institut national de l'environnement et des risques, l'Institut français de l'environnement, l'Institut national de recherche et de sécurité et l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments. **Votre Rapporteur spécial insiste à nouveau sur la nécessaire mise à plat de la coordination entre agences.** Le travail en commun est urgent, en particulier au sujet de l'évaluation des dangers et des risques relatifs aux produits biocides, suite à une directive européenne de 1999 qui va faire l'objet d'un décret de transposition en droit français et d'un arrêté du ministère en charge de l'environnement. La France a accumulé sur ce point un retard préjudiciable.

Le budget de l'agence pour 2003 s'élève à 4,76 millions d'euros :

BUDGET 2003 DE L'AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE ENVIRONNEMENTALE

(en millions d'euros)

Recettes	
Subventions	4,65
<i>dont subvention du ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées</i>	2
Autres ressources	0,11
Dépenses	
Personnel	1,93
Fonctionnement	2,53
Investissement	0,3
Total en recettes et en dépenses	4,76

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

L'exécution budgétaire de 2002 a fait apparaître un taux de consommation des crédits 8 % pour la section de fonctionnement et de 33 % pour la section d'investissement. Ces faibles taux sont la conséquence des attermoissements rencontrés dans la mise en place de l'agence. Ils devraient progresser nettement en 2003.

Le fonds de roulement constaté à la clôture de l'exercice 2002 représentait près de 1,5 million d'euros. Le fonds de roulement brut prévisionnel disponible, déduction faite de la réserve fonctionnelle d'un mois de fonctionnement, serait de près de 500.000 euros à la fin 2003, soit le montant correspondant aux crédits non utilisés du ministère de l'environnement et du développement durable, co-financier de l'agence.

En 2004, la subvention du ministère de la Santé sera de moins de 1,93 million d'euros. Ce montant a été ajusté pour financer, d'une part, l'évolution résultant du glissement vieillesse technicité, et d'autre part, les 9 emplois nouveaux à créer en 2004 pour la mise en œuvre du plan santé-environnement. Le besoin de financement total sera de près de 2,49 millions d'euros, également financé au moyen d'un prélèvement sur le fonds de roulement de 560.000 euros.

C.- L'AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE DES ALIMENTS EST ESSENTIELLEMENT FINANCEE SUR LES CREDITS DE L'AGRICULTURE

Mise en place en 1999, en application de la loi du 1^{er} juillet 1998 précitée, l'agence 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. Elle emploie les effectifs retracés dans le tableau suivant. Votre Rapporteur spécial regrette la déperdition d'informations reçues, sur ce point en particulier, entre l'an dernier et cette année.

**ÉVOLUTION DES EMPLOIS DE L'AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ
SANITAIRE DES ALIMENTS**

Catégories d'emplois	Effectifs 2002	Effectifs 2003
<i>Emplois budgétaires</i>		
Personnel de direction et d'administration	154	162
Personnel scientifique	502	511
Total des emplois budgétaires	656	673
<i>Emplois non budgétaires</i>		
Mises à disposition	127	126
Contrats sur convention	77	n.d.
Boursiers de thèse	25	n.d.
Contrat emploi consolidé / solidarité	23	n.d.
Total des emplois non budgétaires	252	n.d.
Total des emplois de l'établissement	908	n.d.

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

Les moyens matériels de l'agence, 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).

**ÉVOLUTION DU BUDGET DE L'AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES
ALIMENTS**

(en millions d'euros)

	2002	2003 (1)	Évolution
Recettes			
Subventions de l'État	40,65	42,03	3,4 %
<i>dont : crédits de la Santé</i>	4,28	4,79 (2)	11,9 %
<i>crédits de l'Agriculture</i>	33,25	34,28	3,1 %
<i>crédits de la Consommation</i>	3,12	3,12	0
Vente de produits et services	4,07	0,5	- 87,7 %
Autres ressources de fonctionnement	5,96	20,6	245,6 %
Recettes d'investissement	12,15	11,28	- 7,2 %
Prélèvement sur le fonds de roulement	12,44	18,81	51,2 %
Dépenses			
Personnel	37,3	39,8	6,7 %
Fonctionnement	29,57	28,86	- 2,4 %
Investissement	22,67	27,24	20,2 %
Total en recettes et en dépenses	89,54	95,9	7,1 %

(1) prévision

(2) la subvention votée était de 4,28 millions d'euros.

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

Les subventions représentent les deux tiers du budget ; elles augmenteront en 2004, notamment de la part du ministère de la Santé, avec une mesure nouvelle de 1,6 million d'euros. Cette dotation s'établira à 5,86 millions d'euros ; elle correspond au glissement vieillesse-technicité et aux mesures de 2003 financées par prélèvement sur fonds de roulement et abondement en gestion.

D.- L'AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE DEVRA COMPTER DAVANTAGE SUR SES RESSOURCES PROPRES

Le présent projet de loi comportant un article 81 destiné à majorer une série de taxes et redevances affectées à l'agence, votre Rapporteur spécial renvoie *infra* à son commentaire sur cet article.

E.- LA PREFIGURATION D'UNE AGENCE DE LA BIOMEDECINE

1.- Le périmètre final de l'agence est encore flou

La création de l'Agence de la biomédecine est prévue par le projet de loi relatif à la bioéthique dont l'adoption devrait avoir lieu d'ici la fin de l'année 2003. Elle se substitue à l'Agence de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaine dont la création était prévue dans le projet de loi initial déposé par le précédent gouvernement. Cette création s'inscrit dans une perspective de recomposition des agences sanitaires, le paysage étant déjà complexe. L'Agence de la biomédecine rassemblera les missions de l'Établissement français des greffes et celles qui étaient prévues pour l'Agence de la procréation. Alors que votre Rapporteur spécial s'est vu répondre à son questionnaire que « *Ce regroupement [allait] dans le sens souhaité par le Gouvernement de créer ultérieurement une grande Agence de la biomédecine et des produits de santé qui intégrerait l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé* », les auditions de M. William Dab, directeur général de la santé et de M. Philippe Duneton, directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, ont montré que cette perspective paraissait plutôt éloignée, et pas même certaine.

La constitution de cette agence permet la suppression de deux commissions gérées par la direction générale de la santé : la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal et la Commission consultative nationale en matière d'examens des caractéristiques génétiques à des fins médicales. L'Agence de la biomédecine se distingue de l'Agence de la procréation sur deux points :

– l'Agence de la biomédecine couvre un champ de compétences plus large. Outre la médecine de la reproduction, l'embryologie et la génétique, ces missions s'étendent au domaine de la greffe ;

– l'agence ne sera pas uniquement une instance de veille et d'expertise scientifique, mais devra aussi remplir une mission de promotion de la recherche, de participation à l'élaboration de la réglementation, de délivrance d'autorisations, d'agrément et d'avis, ainsi que d'évaluation et de contrôle, et de gestion de registres et de fichiers dans le domaine de la greffe, y compris celui des donneurs volontaires de moelle osseuse actuellement du ressort de l'association France greffe de moelle.

2.- Les moyens de l'agence s'appuieront largement sur l'Établissement français des greffes en 2004

Le budget de l'Établissement français des greffes a évolué comme suit :

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

	2000	2001	2002	2003
Budget (fonctionnement et investissement)	13,42	14,17	18,5	20,02
Subvention État « santé – solidarité »	4,29	4,29	4,13	1,16
% de la subvention dans le budget	31,9 %	30,3 %	22,3 %	5,8 %
Effectifs	126	140	155	157

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

La période 2000-2003 aura vu se dérouler le premier contrat d'objectifs et de moyens entre l'établissement et l'État, couvrant cinq thèmes suivis 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. 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.

Le présent projet de loi prévoit l'inscription d'une subvention de l'État pour le fonctionnement de l'agence figurant sur le même article (chapitre 36-81, article 50) que celui consacré à l'Établissement français des greffes. L'agence reprendrait l'intégralité des moyens, biens, créances et obligations de l'établissement. La montée en charge se fera progressivement en 2004 et 2005.

Les missions régaliennes dévolues à l'agence justifient qu'elle soit financée par l'État. Toutefois, à l'instar de l'Établissement français des greffes, elle bénéficiera également de la dotation globale de l'assurance maladie au titre de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale. La subvention de l'État et la dotation de l'assurance maladie devraient compter respectivement pour un et deux tiers dans les ressources de l'agence, dont il n'est pas exclu qu'elle bénéficie aussi à terme de ressources propres.

Pour accomplir ses missions, l'agence s'appuiera sur le personnel actuel de l'Établissement français des greffes qui sera renforcé en conséquence et progressivement en 2004 et en 2005. Ainsi, il est prévu le recrutement de 20 personnes en 2004. Ces recrutements ne prennent pas en compte le transfert du personnel de l'association France greffe de moelle. Les conditions de transfert des personnels de droit privé de l'association à l'agence seront définies par décret en Conseil d'État.

Dans le cadre du présent projet de loi, la subvention de l'État à l'Agence de la biomédecine s'élève donc à 700.000 euros correspondant aux 20 emplois en équivalent temps plein. 4 de ces emplois sont prévus par anticipation pour l'Établissement français des greffes afin de lui permettre de préparer la création de la nouvelle agence. La ressource correspondant au financement de ces 4 emplois s'ajoutera à la subvention de 4,8 millions d'euros prévue au bénéfice de l'établissement. En outre, l'Agence de la biomédecine bénéficie de crédits au titre du budget civil de recherche et développement de 250.000 euros.

F.– L'ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG EST DEvenu BENEFICIAIRE

1.– 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. 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 les activités transfusionnelles jusqu'alors exercées par 42 établissements de statuts divers. Il est composé d'un siège social et de 18 établissements régionaux (dont 4 dans les DOM), et emploie 8.757 personnes.

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.

L'établissement ne reçoit plus depuis 2001 de dotation budgétaire du ministère de la Santé, mais bénéficie en 2003 et 2004 d'une prise en charge des contentieux transfusionnels hérités des anciennes structures par le budget des charges communes, pour 9,15 millions d'euros. L'exercice 2002 s'est soldé par un bénéfice de 600.000 euros, après des résultats nets négatifs de 7,8 millions d'euros en 2000 et 16,7 millions d'euros en 2001.

2.– Le contrat d'objectifs et de moyens devrait enfin être signé

Après avoir permis la restructuration des établissements de transfusion sanguine et l'affermissement de l'autosuffisance française en produits sanguins labiles, l'Établissement français du sang a vu en 2002 sa situation financière s'améliorer nettement. Pour la première fois depuis des années, l'activité transfusionnelle s'est accrue. Après une baisse régulière (– 3,34 % en 1999, – 2,5 % en 2000, – 2,3 % en 2001), l'activité de prélèvement a connu une hausse de 1,5 % en 2002.

Pour **2003** et **2004**, deux chantiers sont particulièrement à noter : l'élaboration des nouveaux schémas territoriaux de la transfusion sanguine pour la période 2004-2009 et la mise en œuvre du contrat d'objectifs et de moyens entre l'État et l'établissement. L'année 2003 doit être celle de sa finalisation, alors qu'elle aurait dû être celle d'un début de mise en œuvre. Quelques grandes orientations d'ores et déjà consensuelles seront déclinées dans le contrat :

– assurer la qualité et la sécurité des produits sanguins labiles en pérennisant notamment un système de veille et d'évaluation et un système national de promotion de la qualité dans toute la chaîne transfusionnelle ;

– assurer l’autosuffisance en matière d’approvisionnement et harmoniser les pratiques de transport.

Le contrat comportera un volet financier qui définira les engagements réciproques pour restaurer l’équilibre durable des comptes de l’établissement.

CHAPITRE III L'ETAT SE DESENGAGE DE L'ORGANISATION DES SOINS

I.- L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER EST ENTIEREMENT BASCULE VERS L'ASSURANCE MALADIE

A.- LES CREDITS D'ETAT SONT SUPPRIMES

1.- Le transfert des programmes en cours à l'assurance maladie pose des questions de droit

Ce n'est que lors d'un contrôle effectué à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins que votre Rapporteur spécial s'est vu confirmer le désengagement total du budget de l'État en matière de subventions à l'investissement hospitalier, par report de charge sur l'assurance maladie. Alors que son questionnaire budgétaire demandait le détail des modalités d'extinction du Fonds d'aide à l'adaptation des établissements hospitaliers (couramment dénommé « FIMHO »), il n'a pas reçu de réponse sur ce point. Quant à la suppression des engagements contractuels de l'État envers les régions, elle n'est pas même mentionnée.

a) Les contrats de plan État-régions sont sabordés

Les subventions d'équipement sanitaire de l'État (**chapitre 66-11, articles 10 et 20**), sont globalement allées en diminuant depuis 1993, pour se limiter à l'exécution des contrats de plan État-régions et des contrats de développement outre-mer :

ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DES SUBVENTIONS D'ÉQUIPEMENT SANITAIRE (Chapitre 66-11)
(en millions d'euros)

	1999	2000	2001	2002	Prévisions 2003
Autorisations de programme	0	0	6,43	8,4	0,1
Crédits de paiement	16,9	26,2	18,48	15,47	12,6

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

Pour 2004, 11 millions d'euros sont inscrits en crédits de paiement, et aucune autorisation de programme n'est ouverte.

L'article 39 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, voté en première lecture à l'Assemblée nationale, prévoit que, sur les 300 millions d'euros de dotations de l'assurance maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés pour le financement du plan « Hôpital 2007 », 20 millions d'euros proviendront des chapitres 66-11 et 66-12, respectivement dotés en 2003, en crédits de paiement, de 15,21 et 15,25 millions d'euros.

b) Le FIMHO n'existe plus

Le Fonds d'aide à l'adaptation des établissements hospitaliers, couramment dénommé FIMHO (ou «Fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux»), a été créé par la loi de finances pour 1998, dans le but d'apporter aux établissements de santé sous dotation globale une aide de l'État destinée à permettre la réalisation d'opérations de restructuration hospitalière. L'exécution des programmes du fonds est retracée dans le tableau suivant :

SUIVI DE L'EXÉCUTION DU FIMHO (Chapitre 66-12)

(en millions d'euros)

	1998	1999	2000	2001	2002	Totaux	Consommation
AP ouvertes (LFI + LFR)	76,22	38,11	121,96	68,6	198,18	503,07	
CP ouverts (LFI + LFR)	23,32	22,87	55,64	11,43	15,25	128,51	
AP réparties (lettre de la DHOS)*	72,65	37,18	126,12	67,73	199,4	503,08	
AP affectées (au 20 mars 2002)**							
AP 1998	48,3	23,93	0,35			72,58	99,9 %
AP 1999			36,91	0,27		37,18	100 %
AP 2000				72,59	28,18	100,77	79,9 %
AP 2001					11,94	11,94	17,6 %
AP 2002							
Total AP affectées	48,3	23,93	37,26	72,86	40,12	222,47	44,2 %
CP délégués (au 31 juillet 2003)		10,69	21,14	29,88	38,36	100,07	77,9 %
CP 1998		10,69	19,41	17,74	15,57	63,41	87,4 %
% des AP affectées du prog. 1998		14,73 %	26,74 %	24,44 %	21,45 %	87,4 %	
CP 1999			1,73	6,78	13,84	22,35	60,1 %
% des AP affectées du prog. 1999			4,65 %	18,24 %	37,2 %	60,1 %	
CP 2000				0,99	19,68	20,67	20,5 %
% des AP affectées du prog. 2000				0,98 %	19,5 %	20,5 %	
CP 2001							
% des AP affectées du prog. 2001							
CP 2002							
% des AP affectées du prog. 2002							
Total CP effectivement versés		10,69	21,14	25,51	49,11	106,7	

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

D'une exécution particulièrement lourde et centralisée, ne finançant les opérations retenues qu'à la suite d'une longue procédure et sur des critères restrictifs, ce fonds n'a jamais fonctionné de manière satisfaisante ; sa suppression a été décidée l'an dernier. La loi de finances pour 2003 n'a ouvert aucune autorisation de programme nouvelle, et seulement une dotation résiduelle en crédits de paiement, afin de couvrir les engagements contractés. Ce mouvement n'ira même pas à son terme, puisque l'assurance maladie est censée prendre le relais.

De façon subreptice, sans que soit posée la question de l'opportunité d'un désengagement total de l'État, et surtout selon des modalités juridiques dont le Gouvernement s'est bien gardé de faire publicité, une personne morale autre que

l'État va reprendre à son compte des engagements conclus par ce dernier. Les autorisations de programme déléguées par l'État seront couvertes par des crédits... de l'assurance maladie.

2.- L'État s'exonère des exigences de performance de la loi organique

Lorsque le ministère se borne à fournir les mêmes statistiques que l'an dernier sur les investissements hospitaliers, des statistiques arrêtées en 2001, on est en droit de s'interroger sur la bonne information du Parlement. Et ce d'autant plus que le pilotage de l'investissement public et le compte rendu systématique de la dépense à partir d'indicateurs de performance aurait dû être rendu possible par la mise en œuvre de la loi organique. De ce point de vue, la suppression du chapitre 66-12 et de l'essentiel du chapitre 66-11 doit objectivement s'analyser comme une façon pour l'État de se défaire de ses obligations de bonne gestion.

Qu'il ne s'agisse pas là de l'objectif premier du Gouvernement est certes possible ; mais alors, pourquoi ne s'en explique-t-il pas ouvertement ? Pourquoi, d'un côté, multiplier les effets d'annonce relatifs au plan « Hôpital 2007 », et de l'autre, supprimer sans le dire des lignes budgétaires et réformer l'investissement hospitalier par voie d'ordonnance ? Après tout, les dotations de l'assurance maladie et les partenariats public-privé offrent sans doute de meilleures garanties qu'un budget de l'État soumis à la régulation, et le FIMHO était victime de sa centralisation excessive. Mais le débat sur de tels choix est nécessaire.

L'encadré suivant indique assez le degré de désengagement de l'État et les moyens de « gonfler » artificiellement les sommes en cause :

LES PLANS REGIONAUX D'INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS

Les plans régionaux ont été élaborés par les agences régionales de l'hospitalisation sur le fondement de la circulaire du 20 mars 2003 qui fixait un certain nombre de principes clés : réaliser des opérations mettant en œuvre des complémentarités, financer des investissements ayant trait à des priorités nationales (cancer, urgences, périnatalité), et éviter la dispersion des moyens financiers. Les projets d'investissements ont été soumis à une concertation avec les représentations des professionnels et avec les élus locaux.

➤ Comment arrive-t-on à 6 milliards d'euros à l'horizon 2007 ?

6 milliards est la somme totale des apports financiers accordés aux établissements hospitaliers en cinq ans sur les crédits de l'assurance maladie, regroupés dans le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés. Soit 1,2 milliard par an en moyenne. Pour l'année 2003, cette somme est de 1 milliard. Elle se décompose en 300 millions d'euros d'aides en capital pour tous les établissements et 70 millions d'euros d'aides en fonctionnement pour les établissements sous dotation globale. Comment 70 peuvent-ils donner 700 ? Parce qu'il s'agit du remboursement de l'intégralité de l'amortissement des emprunts contractés par les hôpitaux. Or ces emprunts représentent un investissement total de 700 millions d'euros, dont le financement est bien assuré à 100 % par les fonds sociaux.

➤ Comment passe-t-on de 6 à 10,2 milliards d'euros ?

Si l'apport aux établissements se traduit par un effort de 6 milliards, les acteurs de l'hospitalisation peuvent décider d'engager un effort complémentaire pour ces projets avec leurs propres ressources. Telles sont les projections issues du travail des ARH qui ont répertorié les besoins. L'ensemble des projets présentés par les établissements dans le cadre du plan Hôpital 2007 représente ainsi **10,2 milliards d'euros pour 937 opérations.**

CHIFFRES CLEFS DU PLAN « HOPITAL 2007 »

(en millions d'euros)

	Nombre	Montant
Volume des investissements supplémentaires programmés pour la période 2003-2007		10.219
Volume des aides prévues apportées par le plan		6.000
Taux de subventionnement		59 %
Objectifs du plan		
<i>1. Sélectivité</i>		
Nombre de projets mobiliers et immobiliers retenus	937	
<i>2. Recomposition de l'offre</i>		
Regroupement de sites	88	
Nombre de sites concernés	195	
<i>3. Complémentarité</i>		
Opérations public-public	13	0,44
Opérations public-privé	51	1,05
Opérations privé-privé	26	0,49
Total	90	1,98
<i>4. Modernisation : reconstructions ou restructurations de sites</i>		
Public	66	
PSPH	3	
Privé	58	
<i>5. Mise en œuvre des plans nationaux</i>		
Nombre d'opérations dans le secteur de la périnatalité	87	
Nombre d'opérations dans le secteur des urgences	194	
Nombre d'opérations dans le cadre de la lutte contre le cancer	112	
<i>6. Opérations externalisées envisagées</i>	35	1.405,67

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

Il faut espérer qu'à défaut d'indicateurs de performance, les diverses structures en charge du pilotage de l'offre de soins, et en particulier la Mission d'appui à l'investissement national hospitalier, soient en mesure de procéder à l'évaluation régulière de la politique d'investissement hospitalier.

B.- LE PILOTAGE DE L'OFFRE DE SOINS DEMANDE D'AVANTAGE DE CLARTE

1.- Le projet de loi relatif à la politique de santé publique ne transforme pas les Agences régionales de l'hospitalisation en agences régionales de santé

Mises en place en 1997, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) sont des groupements d'intérêt public financés par le budget de l'État et des contributions des principaux régimes d'assurance maladie. Les contributions des membres du GIP peuvent prendre une forme financière ou celle d'une mise à disposition de personnels, de locaux ou de matériel. Les contributions de toute nature aux agences s'élèvent à plus de 26,21 millions d'euros pour 2003 dont 19,21 millions d'euros de subvention versée par l'État (**chapitre 47-19, article 10**) et 3,21 millions d'euros de contributions des régimes d'assurance maladie.

Les moyens de fonctionnement des agences régionales de l'hospitalisation ont été revalorisés de 2 millions d'euros en 2003 pour leur permettre de faire face aux missions nouvelles qui leur étaient assignées, notamment la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 » qui constitue le cadre de leur action pour les cinq prochaines années. Toutefois, 3 millions d'euros ont été annulés sur ce chapitre le 14 mars dernier, et l'intégralité des 3,08 millions d'euros de reports ont été gelés.

Chaque agence a par ailleurs bénéficié de crédits spécifiques d'un montant de 112.900 euros financés sur le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés pour constituer en son sein une **mission régionale d'appui à l'investissement hospitalier**, lui permettant ainsi de s'adjoindre les experts indispensables à la mise en œuvre du programme d'investissement figurant au plan « Hôpital 2007 ».

Le tableau suivant détaille les ressources humaines et financières des agences en 2003 :

BUDGET ET EFFECTIFS PRÉVISIONNELS DES ARH POUR 2003

(en milliers d'euros)

	Dépenses	dont personnel (en %)	Subvention de l'État	Autres ressources	Effectifs
Île-de-France	3.883	49,9	1.372	194	16
Rhône-Alpes	1.531	60,6	1.295	152	19
PACA	1.411	69,2	793	151	12
Nord-Pas-de-Calais	1.041	70,8	904	174	15,5
Bretagne	1.086	76	793	151	14
Lorraine	1.213	70,1	919	223	8
Pays de la Loire	1.129	57,6	738	124	17
Aquitaine	1.184	75,1	738	126	13
Midi-Pyrénées	1.208	70	925	139	19
Languedoc-Roussillon	1.081	74,6	872	127	10
Centre	942	68,9	618	113	11
Alsace	1.005	75,8	631	109	13
Picardie	1.018	66,7	796	155	8
Haute-Normandie	1.043	57,9	496	111	11

Basse-Normandie	924	70,2	686	109	10
Bourgogne	953	65,2	777	109	11
Poitou-Charentes	917	61,5	539	109	8
Auvergne	921	71	666	109	12
Champagne-Ardenne	913	70,9	603	182	11
Franche-Comté	1.014	65,2	703	108	12
Limousin	810	68,3	648	95	11
Guadeloupe	691	72,1	512	65	9
Martinique	827	65,8	695	65	13
Guyane	705	68,1	538	93	5
Corse	611	72,5	289	70	11,5
Réunion	795	67,4	536	79	14
Totaux	28.854	65,8	19.211	3.213	314

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

La somme des budgets des agences a progressé de plus de 6 millions d'euros entre 2003 et 2004, soit une hausse de 26,6 %. On constate des mouvements d'effectifs et des mouvements budgétaires importants d'une année sur l'autre. Les crédits d'État alloués aux agences seront reconduits à l'identique en 2004.

Actuellement, 314 personnes sont employées au sein des agences, y compris les 26 directeurs. Parmi les 288 collaborateurs directs des directeurs, 236 sont rémunérés sur le budget des agences et 52 mis à disposition par l'assurance maladie au titre des apports prévus par les conventions constitutives. De plus, les services départementaux et régionaux de l'État, de la caisse régionale d'assurance maladie et de l'échelon régional du contrôle médical compétent en matière sanitaire sont à leur disposition en tant que de besoin. L'effectif total théorique à temps plein ainsi mis à disposition varie d'une cinquantaine de personnes dans les plus petites agences régionales de l'hospitalisation à plus de 130 dans les plus grandes.

Les agences veillent désormais à ce que les établissements publics et privés s'engagent activement dans la **généralisation de la tarification à l'activité** qui sera effective à partir de 2004, sous réserve de l'adoption définitive du projet de loi de financement de la sécurité sociale voté en première lecture. Elles s'emploient également à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire « de troisième génération » dans le cadre d'un dispositif de planification rénové. Enfin, la mise en place de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière a constitué un chantier important qui les a mobilisées tout au long de l'année 2002 au même titre que la poursuite de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », elles se sont attachées en 2003 à définir un programme régional d'investissement hospitalier sur cinq ans.

Alors que la voie semblait ouverte à la constitution de véritables « agences régionales de santé » dont la compétence aurait débordé le seul champ hospitalier, le projet de loi relatif à la santé publique voté en première lecture le 14 octobre dernier

à l'Assemblée nationale est venu semer le trouble en dotant le Préfet de compétences renforcées en matière de santé publique, et en créant des groupements régionaux de santé publique. La coordination locale des acteurs de la santé n'en sera sans doute pas améliorée.

L'ORGANISATION SANITAIRE MODIFIÉE PAR ORDONNANCE

L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 ». Elle comprend quatre grandes catégories de mesures :

– le rôle des directeurs des agences régionales de l'hospitalisation est renforcé par transfert de certaines compétences préfectorales ou ministérielles, notamment en matière de contrôle du fonctionnement des établissements de santé ;

– l'organisation sanitaire est simplifiée : la carte sanitaire est supprimée et le secteur sanitaire est remplacé par le « territoire de santé » visant à une plus grande souplesse dans la définition des territoires de planification. Le régime des autorisations est sensiblement simplifié, et le groupement de coopération sanitaire, désormais ouvert aux professionnels libéraux et aux établissements médico-sociaux, devient l'outil de référence de l'adaptation hospitalière, pour faciliter, améliorer et développer les coopérations entre établissements et la prise en charge des patients ;

– l'ordonnance permet aussi d'accélérer et de faciliter les opérations d'investissement immobilier des établissements de santé, dans le cadre du programme de relance de l'investissement de 6 milliards d'euros prévu dans le plan « Hôpital 2007 ». Le recours aux baux emphytéotiques et aux marchés globaux (conception, réalisation, maintenance) est rendu possible, facilitant ainsi l'intervention des entreprises privées, des collectivités territoriales, des sociétés d'économie mixte et des offices de HLM dans ces opérations de construction et d'aménagement immobilier ;

– les démarches administratives des professions médicales, accomplies lors de leur installation, sont simplifiées.

2.- L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé doit encore gagner en efficacité

Établissement public de l'État à caractère administratif, l'ANAES a été créée par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ; son organisation et son rôle ont été précisés par le décret n° 97-311 du 7 avril 1997. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé étend et précise ses missions. Elles sont essentiellement au nombre de trois :

– favoriser, tant au sein des établissements de santé publics et privés que dans le cadre de l'exercice libéral, le développement de l'évaluation des stratégies et des actes à visée préventive, diagnostique et thérapeutique ;

– mettre en œuvre la procédure d'accréditation des établissements de santé ;

– participer à l'évaluation de la qualité de la prise en charge de la population par le système de santé et contribuer à son développement.

La montée en charge de l'agence s'est accompagnée d'une hausse des effectifs :

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE L'ANAES

	2000	2001	2002	2003	2004
Effectif budgétaire	146	176	221	241	243
<i>dont créations</i>	18	30	45	20	2

(1) prévisions

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

L'agence dispose par ailleurs de 9 agents mis à disposition. L'évolution de son budget entre 2002 et 2003 s'établit comme suit :

ÉVOLUTION DU BUDGET PRÉVISIONNEL DE L'ANAES

(en millions d'euros)

Ressources	2002	2003	Dépenses	2002	2003
Subventions	17,41	26,25	Personnel	18,27	21,54
<i>dont ministère de la Santé</i>	5,8	8,75	Fonctionnement	12,92	14,5
Autres ressources	7,23	8,03	Investissement	2,16	2,35
Prélèvement sur fonds de	8,7	4,11			
Total	33,34	38,39	Total	33,34	38,39

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

En 2002, les crédits de fonctionnement ont été consommés à hauteur de 74 %, et les crédits d'investissement à 40 %. Ces faibles taux sont liés au temps de latence correspondant à la période de renouvellement de la direction générale au second semestre 2002. Concernant les recettes, 840.000 euros, soit 15 % de la dotation de l'État, ont été annulés en 2002. L'exercice a dégagé un résultat net comptable de - 290.000 euros. Le fonds de roulement brut en clôture d'exercice était de 18,24 millions d'euros.

L'exercice 2003 est marqué par un accroissement des charges de fonctionnement de 20 %, notamment lié à l'aménagement dans de nouveaux locaux à Saint-Denis, à la croissance des effectifs (20 emplois supplémentaires) et à l'augmentation du nombre d'experts-visiteurs directement liée à la croissance du nombre de visites d'accréditation. Le budget modifié pour 2003 dégage un résultat net comptable de - 3,74 millions d'euros. En gestion, la subvention de l'État a été diminuée de 506.000 euros. Le fonds de roulement prévisionnel brut à la fin de l'année serait de 12,42 millions d'euros.

En 2004, la subvention allouée par l'État s'établira à 5,46 millions d'euros, en baisse de 3,29 millions d'euros par rapport à 2003, soit près de 38 %. Elle tient compte du niveau du fonds de roulement constaté fin 2002, augmenté du supplément de ressources propres (+ 4,8 millions d'euros) induit par la modification en 2004 du barème du coût des visites d'accréditation et l'augmentation du nombre de visites d'accréditation, ainsi que de la nécessité de financer les mesures de reconduction - principalement le glissement vieillesse technicité - et le besoin de financement constaté en 2003. Au total, le budget de l'État contribuera au financement de l'agence pour 14 %, la sécurité sociale pour 28 %. L'ANAES s'autofinancera à hauteur de 57 %. Le montant du fonds de roulement à la fin de l'année serait de

9,8 millions d'euros, légèrement supérieur à la réserve prudentielle d'un mois de fonctionnement.

L'activité d'évaluation de l'agence en 2002 et 2003 a porté sur l'évaluation des technologies médicales (6 à 10 projets par an), des recommandations de bonnes pratiques cliniques (15 à 19 évaluations), sur 4 à 5 conférences de consensus, sur l'élaboration de la classification commune des actes médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et la veille scientifique.

L'activité d'accréditation concernait 3.012 établissements au 31 décembre 2002 :

ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ D'ACCREDITATION DE L'ANAES

	1999	2000	2001	2002	2003 (1)	2004 (1)
Visites initiales	9	66	164	404	616	745
Visites ciblées (2)				15	21	18
Procédure complète		31	97	225	567	720

(1) *prévision*

(2) *visites décidées par le collège de l'accréditation lorsqu'il est amené à prononcer une réserve.*

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

5,1 % des décisions du collège de l'accréditation ont été rendues sans recommandation, 79,8 % avec recommandation, 14,2 % avec réserve et 0,7 % avec réserve majeure. Quant au produit de la contribution financière versée par les établissements de santé à l'agence au titre de la procédure d'accréditation, dont le barème est prévu par l'article L. 1414-12-1 et fixé par l'article D. 791-3-1 du même code, il s'élèverait à 7,09 millions d'euros en 2003 et à 7,56 millions d'euros en 2004.

3.- L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation a tardé à se mettre en place

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

Les activités permettant de produire le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) étaient assumées par l'État et réparties entre trois structures, la mission PMSI de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, le centre de traitement de l'information du PMSI de l'université Paris V et le pôle d'expertise et de référence nationale des nomenclatures de santé situé à Lyon. L'agence est née de la volonté de renforcer l'efficacité du dispositif en les regroupant dans une seule entité. Ses missions vont toutefois au-delà d'un simple transfert de compétences existantes : elle participe à l'objectif d'un meilleur pilotage du système hospitalier, dans l'esprit des ordonnances d'avril 1996. La prise de fonctions du directeur, nommé le 10 décembre 2001, a permis le démarrage des travaux préparatoires à la mise en place de l'établissement début 2002. Son conseil

d'administration, dont les membres ont été désignés par arrêté du 21 mars 2002, s'est réuni une première fois au début de mai 2002.

Le nombre des emplois inscrits au budget 2002 était de 40, et de 46 pour 2003. Tous les collaborateurs des structures préexistantes à l'agence souhaitant la rejoindre avaient signé leur contrat fin janvier 2003. Au 31 juillet, 33 personnes avaient été recrutées pour le siège de Lyon, et 14 pour l'antenne parisienne. Une liaison téléinformatique reliant les deux sites permet un travail continu entre les collaborateurs de l'agence au moyen de matériels de visioconférence et d'un intranet. Cette mise en place particulièrement lente est justifiée par la complexité du rapprochement de trois structures préexistantes.

Le budget de l'agence est financé pour un tiers par l'État et pour deux tiers par l'assurance maladie, en vertu de l'article 4 de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002. Le montant des crédits d'État inscrits au budget de l'année 2002 était de 1,45 million d'euros, soit l'équivalent d'une année pleine ; après gel de crédits, il s'est élevé à 1,05 million d'euros. Les crédits de fonctionnement ont été consommés à hauteur de 32 %, et les crédits d'investissement à 47 %. Le budget 2003 s'établit comme suit :

BUDGET PRÉVISIONNEL DE L'ATIH POUR 2003

(en millions d'euros)

Ressources		Dépenses	
Subvention de l'État	1,45	Personnel	3,78
Contribution de l'assurance maladie	3,57	Fonctionnement	2,18
Autres ressources	0,5	Investissement	0,86
Recettes d'investissement	0,22		
Prélèvement sur fonds de roulement	1,08		
Total	6,82	Total	6,82

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

Le fonds de roulement constaté à la clôture de l'exercice 2002 est de 2,21 millions d'euros. En 2003, il pourrait s'établir à 640.000 euros. Compte tenu de ces éléments, il est envisagé de procéder à un prélèvement sur fonds de roulement de 300.000 euros au titre du budget prévisionnel 2004. Pour la construction de ce budget, sont prises en compte l'augmentation mécanique des charges de personnel et les dépenses liées à l'amélioration des systèmes d'information collectant des données médicalisées. Aucune mesure nouvelle n'a été attribuée à l'agence en 2004. La subvention de l'État s'élèvera à 1,36 million d'euros.

En 2002, l'établissement a pris en charge l'ensemble des champs du programme de médicalisation des systèmes d'information (médecine-chirurgie-obstétrique, soins de suite et de réadaptation, expérimentation de la psychiatrie, urgences), les travaux sur la classification commune des actes médicaux et les classifications en groupes homogènes ainsi que le système de suivi des épidémies du VIH/Sida et de l'hépatite C dans 65 établissements de santé, et la maintenance du module internet des agences régionales de l'hospitalisation. L'année 2003 a également été marquée par la préparation de la tarification à l'activité.

L'agence et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins **préparent un premier contrat d'objectifs et de moyens** pour les trois prochaines années. Plus que d'autres établissements, l'agence doit respecter impérativement des délais de production et, en conséquence, ajuster au mieux les moyens disponibles aux échéances. Par ailleurs, le périmètre d'activité de l'agence pourrait être élargi.

4.- L'informatisation du système de soins n'est pas achevée

a) Une simple reconduction des moyens alors que la télémédecine doit encore se développer

À l'**article 50 – Interventions dans le domaine hospitalier : dépenses non déconcentrées** du **chapitre 47-19** figurent les crédits permettant de subventionner depuis 2003 la Coordination nationale des réseaux ville-hôpital, des réseaux de santé et de proximité. En 2004 comme en 2003, cette subvention doit s'élever à 152.600 euros.

L'**article 60 – Interventions dans le domaine hospitalier : dépenses déconcentrées** est le support des 10,24 millions d'euros affectés à l'appui à l'investissement en télémédecine dans le cadre des contrats de plan État-régions pour la période 2000-2006. Neuf régions ont contractualisé dans ce cadre. La dotation de l'État s'élève depuis 2001 à 1,07 million d'euros. Ces crédits ont permis la réalisation d'actions telles que la formation des utilisateurs et des personnels techniques, l'ingénierie externe, la réalisation d'études et l'évaluation. Ils seront reconduits au même niveau en 2004.

En 2004, la progression du développement de la télémédecine se maintient. Parallèlement, la pratique de la visioconférence continue à progresser et l'on assiste au partage des équipements au sein des structures hospitalières quelles que soient les disciplines médicales. En 2003 ce sont 1.056 structures de soins qui télétransmettent des informations multimédia, contre 260 en 1997. En 1997 on dénombrait 168 applications, en 2003 elles sont au nombre de 398.

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

b) Le programme « SESAM-Vitale » est soutenu marginalement par l'État

Le projet « SESAM-Vitale » comprend quatre composantes :

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

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

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

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

À la fin de juillet 2003, le nombre total de professionnels de santé ayant signé des accords conventionnels sur les aides financières à la télétransmission avec les caisses (médecins, pharmaciens d'officines, masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes, laboratoires d'analyses et chirurgiens dentistes), était de 165.000. Presque 59 millions de **feuilles de soins électroniques** ont été transmises à l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie au cours de ce mois de juillet 2003, soit une moyenne d'environ 2,7 millions de feuilles de soins par jour ouvré contre 2 millions un an auparavant.

Les nouveaux accords avec les professionnels de santé signés en 2002 et l'entrée des officines de pharmacie dans le dispositif (à 87 % au 1^{er} juillet 2003) ont permis un accroissement notable du nombre de transmissions. On peut considérer que l'année 2002 a constitué véritablement une année charnière pour le basculement des personnels de santé dans le système « SESAM-Vitale ».

Par ailleurs, le dispositif conventionnel va être élargi aux transporteurs sanitaires, comme la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 l'avait prévu. En outre, dans le cadre de la loi d'habilitation du 2 juillet 2003 autorisant le Gouvernement à simplifier le droit, il est prévu d'utiliser la télétransmission pour les soins réalisés dans le cadre des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Il faut cependant noter qu'actuellement, au-delà même du non-raccordement des cliniques et de beaucoup d'auxiliaires médicaux à SESAM-Vitale, que 39,5 % des feuilles de soins sont encore traitées manuellement dans les caisses.

Outre la consolidation de l'existant et la poursuite du déploiement auprès de toutes les professions de santé, le programme devrait évoluer dans les cinq prochaines années selon deux axes majeurs : d'une part, simplifier le poste de travail du professionnel de santé et l'utilisation de la carte Vitale pour les usagers en allant vers SESAM-Vitale en ligne, et d'autre part, introduire sur les cartes Vitale et dans le système SESAM les régimes complémentaires d'assurance maladie. Ces évolutions techniques expliquent que la carte dite Vitale 2 n'ait pas été lancée.

À la fin de juillet 2003, 258.000 **cartes de professionnels de santé** avaient été distribuées, auxquelles il convient d'ajouter non seulement les cartes des professionnels employés par eux (préparateurs en pharmacie, secrétaires médicales, etc.), mais aussi les cartes des personnels des établissements de soins ainsi que les cartes de personnels autorisés dans diverses structures, soit un total de 506.000 cartes. Les nouvelles cartes permettant la mise en œuvre de la messagerie sécurisée, du cryptage des données et des mécanismes de signature électronique sont délivrées depuis 2002, mais ces fonctionnalités ne sont pas encore très développées car les professionnels de santé hésitent encore à les mettre en œuvre du fait de leur lourdeur d'utilisation. Cependant, la loi précitée du 4 mars 2002 ayant introduit la carte comme outil de sécurisation des échanges de données nominatives de santé, l'utilisation de ces outils devrait se généraliser.

Le **réseau « santé social »**, qui regroupe l'ensemble des feuilles de soins électroniques pour leur arrivée dans les caisses, compte 58.000 abonnés parmi les personnels de santé, soit environ 35 % du nombre total de praticiens ayant recours à la télétransmission, le reste étant assuré notamment par France Télécom et de nombreux autres fournisseurs. En novembre 2004, la concession attribuée à Cegetel par l'État prendra fin et les négociations sur les conditions de la sortie, à la fois pour les caisses d'assurance maladie et pour les professionnels de santé, ont débuté avec le concessionnaire ;

en outre, le G.I.E. SESAM-Vitale a lancé un appel d'offres pour rechercher un nouvel opérateur commun à l'ensemble des caisses d'assurance maladie.

Le coût du projet SESAM-Vitale jusqu'à la généralisation devait s'établir à 718 millions d'euros pour la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Mais le budget de fonctionnement du programme s'est révélé plus lourd que prévu : 849 millions d'euros au lieu de 686 millions.

Le chapitre 47-19 article 30, relatif au groupement d'intérêt public « Carte de professionnel de santé » est doté de 373.500 euros. Ce montant représente la contribution du ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées au GIP. La contribution totale de l'État, soit 474.700 euros, représente 22,3 % du budget de l'organisme. Y participent également le ministère délégué au Budget et à la réforme budgétaire et le ministère de l'agriculture. Le montant total du budget du GIP exécuté en 2003 s'élèverait à 15,07 millions d'euros.

N° 1110 annexe 38 : Rapport de M. Gérard Bapt sur le projet de loi de finances pour 2004 - santé, famille et personnes handicapées