

N° 1863

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 13 octobre 2004

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU PLAN SUR LE
PROJET DE **loi de finances pour 2005** (n° 1800),

PAR M. GILLES CARREZ,
Rapporteur Général,
Député.

ANNEXE N° 37

**SANTÉ, FAMILLE, PERSONNES ÂGÉES
et PERSONNES HANDICAPÉES**

Rapporteur spécial : M. GERARD BAPT

Député

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I : LE BUDGET DE LA SANTE, DE LA FAMILLE, DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES	13
I.- L'EXECUTION BUDGETAIRE EN 2003 ET EN 2004	13
A.- L'EXECUTION BUDGETAIRE EN 2003 : LE POIDS DE LA REGULATION BUDGETAIRE.....	13
B.- L'EXECUTION BUDGETAIRE EN 2004 : DES GESTIONNAIRES MALMENES	15
II.- LA PREPARATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI ORGANIQUE RELATIVE AUX LOIS DE FINANCES	17
A.- LES MISSIONS RELATIVES A LA SANTE PUBLIQUE ET A LA SECURITE SANITAIRE	17
B.- DES CRÉDITS DU BUDGET DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE, DES PERSONNES AGEES ET HANDICAPEES AU SEIN DE LA MISSION « SOLIDARITE ET INTEGRATION »	20
C.- LA DECLINAISON OPERATIONNELLE DES PROGRAMMES	22
1.- Les expérimentations de globalisation des crédits.....	22
2.- Les expérimentations prévues en 2005	23
3.- Les budgets opérationnels de programme.....	24
CHAPITRE II : LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE : SUPPORT D'EXPERIMENTATION DE LA LOI ORGANIQUE	25
I.- LE PROGRAMME « SANTE PUBLIQUE ET PREVENTION »	25
A.- PRESENTATION DU PROGRAMME	25
B.- LES ACTIONS DU PROGRAMME « SANTE PUBLIQUE ET PREVENTION »	27
1.- L'action « politique de santé »	27
2.- L'action « déterminants de santé »	28
3.- L'action « pathologie à forte mortalité »	30
4.- L'action « qualité de vie et handicap »	31
C.- UN PROGRAMME PERFECTIBLE	32
II.- UNE POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE ET DE PREVENTION LIMITEE	34
A.- LA LUTTE CONTRE LE CANCER : PRIORITE DU GOUVERNEMENT	34
B.- DES ACTIONS LIMITEES	35
III.- LA MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE VOIT SON ACTION COMPROMISE PAR LA REGULATION BUDGETAIRE	36

A.–DES ACTIONS DIVERSIFIEES	37
B.– DES CREDITS INSTABLES, UN AVENIR INCERTAIN	38
CHAPITRE III : LA POLITIQUE DE VEILLE ET DE SECURITE SANITAIRES	43
I.– DES MOYENS FINANCIERS QUI NE SONT PAS A LA HAUTEUR DES ENGAGEMENTS	43
A.– LA POLITIQUE DE VEILLE ET DE SECURITE SANITAIRES : UNE PRIORITE DU GOUVERNEMENT ?.....	43
B.– LE DISPOSITIF D'ALERTE SANITAIRE : VERS UN VERITABLE RENFORCEMENT DES MOYENS ?.....	44
C.– LE PROGRAMME « VEILLE ET SECURITE SANITAIRES », PREFIGURATION DE LA FUTURE MISSION INTERMINISTERIELLE « SECURITE SANITAIRE »	45
II.– LES AGENCES DE VEILLE ET DE SECURITE SANITAIRE.....	47
A.– L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE : DES MISSIONS RENFORCEES ET DES MOYENS FRAGILISES	47
1.– Une mission de veille sanitaire et d'alerte	47
2.– Le budget de L'InVS	48
3.– L'InVS voit ses missions élargies et ses moyens fragilisés	49
4.– Les centres nationaux de référence	50
B.– LA MONTEE EN CHARGE DE L'AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE ENVIRONNEMENTALE (AFSSE).....	51
1.– Les missions de l'Agence	51
2.– Les moyens de l'Agence	51
a) <i>Le budget</i>	51
b) <i>Les effectifs</i>	52
3.– Le premier bilan de l'action de l'AFSSE	53
4.– Le plan national de santé environnementale (PNSE)	53
C.– L'ACTION DE L'AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE DES ALIMENTS MALMENEES PAR LA REGULATION BUDGETAIRE	54
D.– UN ELARGISSEMENT DES COMPETENCES DE L'AFSSAPS SANS FINANCEMENT SUPPLEMENTAIRE DE L'ÉTAT	55
E.– LA MISE EN PLACE DE L'AGENCE DE BIOMEDECINE	56
1.– Le périmètre final de l'Agence est encore flou	56
2.– Les moyens de l'Agence s'appuieront largement sur l'Établissement français des greffes en 2005.....	57
F.– L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG	58
CHAPITRE IV : L'ÉTAT SE DESENGAGE DE L'ORGANISATION DES SOINS	61
I.– L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER LAISSE A LA CHARGE DE L'ASSURANCE MALADIE.....	62
1.– La disparition de toute aide d'État à la restructuration hospitalière.....	62
2.– Les subventions d'équipements sanitaires se limitent à l'exécution des contrats de développement d'outre-mer	63
II.– LE PILOTAGE DE L'OFFRE DE SOINS : UN DISPOSITIF EN MUTATION.....	63

1.- La loi relative à l'assurance maladie n'a pas transformé les Agences régionales de l'hospitalisation en Agences régionales de santé	63
2.- De l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé à la Haute autorité en santé.....	65
a) <i>L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé</i>	65
b) <i>La mise en place d'une Haute autorité en santé</i>	68
c) <i>La création d'un Institut des données de santé</i>	69
3.- L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation a tardé à se mettre en place	70
4.- L'informatisation du système de soins n'est pas achevée	72
a) <i>Une simple reconduction des moyens alors que la télémédecine doit encore se développer</i>	72
b) <i>Le programme « SESAM-Vitale » n'est soutenu que marginalement par l'État</i>	73
III.- LA FORMATION DANS LE CADRE DE LA DECENTRALISATION	75
A.- LE TRANSFERT DES ECOLES ET INSTITUTS DE FORMATION DE PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX ET DE SAGES-FEMMES AUX REGIONS.....	75
B.- LES STAGES EXTRA-HOSPITALIERS ET L'ANNEE-RECHERCHE EN MANQUE DE MOYENS.....	77
1.- Les stages des étudiants ne sont pas entièrement financés	77
2.- Le déficit du financement de l'année-recherche se creuse.....	78
C.- LA FORMATION MEDICALE CONTINUE N'EST TOUJOURS PAS MISE EN ŒUVRE.....	79
D.- LA TRANSFORMATION DE L'ECOLE NATIONALE DE SANTE PUBLIQUE EN ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE.....	80
1.- L'École nationale de santé publique.....	80
2.- Les contours de la nouvelle école des hautes études en santé publique restent à préciser.....	81
IV.- LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE : UN DESENGAGEMENT DE L'ÉTAT AU DETRIMENT DE L'ASSURANCE MALADIE.....	82
V.- LES SERVICES DE SANTE OUTRE-MER.....	83
CHAPITRE V : LA POLITIQUE EN FAVEUR DES PERSONNES DEPENDANTES	85
I.- LA REFORME DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE.....	86
II.- L'EFFORT PUBLIC EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES.....	87
III.- L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES	89
A.- L'ALLOCATION EVOLUE A UN RYTHME REGULIER.....	89
B.- L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES EN 2005	91
III.- LES DEPENSES DE L'ÉTAT EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES	91
A.- LES INTERVENTIONS DU MINISTÈRE SONT ESSENTIELLEMENT LOCALES	91
B.- L'ALLOCATION SUPPLEMENTAIRE DU FSI EST TOUJOURS SOUS-DOTEE	93
C.- LES INSTITUTS NATIONAUX	94
IV.- UN EFFORT EN FAVEUR DE LA CREATION DE PLACES.....	94

A.- LE PLAN TRIENNAL A ATTEINT SES OBJECTIFS	94
B.- LE PLAN PLURIANNUEL A ETE AMPLIFIE	96
C.- L'EXECUTION CALAMITEUSE DES CONTRATS DE PLAN ÉTAT-REGIONS.....	99
V.- LES CREDITS EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES.....	100
A.- DES MOYENS DECENTRALISES	100
B.- UN RETARD PREOCCUPANT DANS L'EXECUTION DES CONTRATS DE PLAN ÉTAT-REGIONS	101
CHAPITRE VI : LA POLITIQUE EN FAVEUR DE LA FAMILLE	103
I.- DES DEPENSES DE TRANSFERT	103
A.- L'ALLOCATION DE PARENT ISOLE	104
B.- LES TUTELLES ET CURATELLES	105
C.-DES DETTES DEMEURENT SUR CES DEUX POSTES	107
II.- LES INTERVENTIONS EN FAVEUR DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE	107
A.- LES INTERVENTIONS EN FAVEUR DE L'ENFANCE A L'ECHELON CENTRAL.....	108
B.- LES ACTIONS EN FAVEUR DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE A L'ECHELON DECONCENTRE	110
EXAMEN EN COMMISSION.....	111
<i>Article 77 113</i>	
<i>Augmentation des recettes du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (CMUC).....</i>	<i>113</i>
I.- LA CMU COMPLEMENTAIRE : UNE AVANCEE MAJEURE DE LA PROTECTION SOCIALE	114
II.- LE DESENGAGEMENT PROGRESSIF DE L'ÉTAT DANS LE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLEMENTAIRE	115
A.- DANS LE DISPOSITIF INITIAL, LA COUVERTURE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ETAIT FINANCEE QUASI EXCLUSIVEMENT PAR L'ÉTAT.....	116
B.- LA LOI DE FINANCES POUR 2004 : PREMIERE ETAPE DU DESENGAGEMENT DE L'ÉTAT.....	117
C.- LA LOI DU 13 AOUT 2004 RELATIVE A L'ASSURANCE MALADIE A ACCRU LES CHARGES SUPPORTEES PAR LA CNAMTS	119
A.- FAIRE PROGRESSER LE DISPOSITIF : UNE NECESSITE	119
B.- UNE REFORME QUI ALOURDIT LES CHARGES SUPPORTEES PAR L'ASSURANCE MALADIE.....	120
III.- UN CIRCUIT FINANCIER COMPLEXE QUI POURSUIT LE DESENGAGEMENT FINANCIER DE L'ÉTAT DANS LE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE COMPLEMENTAIRE.....	122
<i>Article 78 127</i>	
<i>Augmentation de la taxe perçue par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) pour l'exécution du contrôle de qualité des analyses de biologie médicale.....</i>	<i>127</i>
I.- L'AFSSAPS REMPLIT UNE MISSION CRUCIALE DE CONTROLE DE LE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE DESTINES A L'HOMME	127
A.- UNE MISSION DE SECURITE SANITAIRE	127
B.- UNE AUGMENTATION DES MISSIONS ET DES CHARGES QUI A JUSTIFIE L'AUGMENTATION DES RESSOURCES DE L'AGENCE EN 2004.....	128
C.- TABLEAU DES TAXES ET REDEVANCES	132

**II.- LA MISSION DE CONTROLE DE QUALITE DES ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE
NECESSITE DES MOYENS SUPPLEMENTAIRES 134**

Article 79 137

*Création, au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS),
d'une taxe sur le dépôt des demandes d'autorisation d'essais cliniques..... 137*

I.- UNE PROFONDE MODIFICATION DE LA GESTION DES ESSAIS CLINIQUES 138

**II.- LA CREATION D'UNE TAXE SUR LE DEPOT DES DEMANDES D'AUTORISATIONS DES
ESSAIS CLINIQUES 139**

**III.- ACCOMPAGNER LES NOUVELLES MISSIONS DE L'AGENCE PAR L'AUGMENTATION DE
SES RESSOURCES..... 140**

**BUDGET DE LA SANTE, DE LA FAMILLE, DES PERSONNES AGEES
ET DES PERSONNES HANDICAPEES**

En 2005, le budget de la santé, de la famille, des personnes handicapées et des personnes âgées représenterait 9,69 milliards d'euros soit une légère hausse de 0,84 % par rapport 2004, à périmètre constant. S'agissant des crédits du ministère de la santé, c'est-à-dire les crédits consacrés à la santé, aux personnes âgées et handicapées, la dotation devrait être de 8,63 milliards d'euros en 2005, soit une baisse de 3,48 % par rapport à 2004. Cependant, à périmètre constant, la baisse est de 0,39 %.

Le programme « santé publique et prévention » devrait représenter un total de 208,87 millions d'euros en 2005, soit une hausse de 19,6 millions d'euros. Cependant, cette augmentation sert principalement à financer la mise en place de l'Institut national du cancer et la mise en œuvre des plans nationaux de mobilisation contre le cancer (22 millions d'euros). Les moyens destinés aux autres politiques de santé publique sont en baisse. Ainsi les programmes régionaux d'accès aux soins (PRAPS) devraient connaître une nouvelle baisse de 17,9 % en 2005 après avoir enregistré une baisse de 34 % en 2004.

Les crédits affectés à la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie devraient représenter, en 2005, 38 millions d'euros, soit une baisse de 0,1 %.

Dans le cadre de la préparation de la mise en œuvre de la loi organique, les crédits destinés à la veille et à la sécurité sanitaire sont regroupés au sein du programme « veille et sécurité sanitaires », doté de 116 millions d'euros.

Les crédits destinés à l'offre et à l'accès aux soins devraient s'élever à 788,86 millions d'euros en 2005, soit une baisse de 31,67 %, par rapport à 2004. S'agissant de la couverture maladie universelle, l'article 77 du projet de loi de finances opère un désengagement de l'État au détriment de l'assurance maladie. Par conséquent, la dotation de l'État au fonds CMU-C connaît une forte baisse puisqu'elle serait de 660,57 millions d'euros en 2005, contre 945,56 millions d'euros en 2004, soit une baisse 30,1 %.

Les crédits destinés à la politique en faveur des handicapés seraient de 7.458,26 millions d'euros en 2005, soit une hausse de 4,77 % par rapport à 2004. Ces crédits servent principalement à financer l'allocation aux adultes handicapés (4.846 millions d'euros).

Les crédits en faveur des personnes âgées devraient représenter 16,97 millions d'euros, soit une baisse de 61,32%. Cette baisse est surtout due aux transferts de crédits dans le cadre de la décentralisation à hauteur de 23,11 millions d'euros. Cependant, à périmètre constant, le budget en faveur des personnes âgées baisse de 8,65 %.

La politique de la famille devrait être dotée en 2005, de 1061,93 millions d'euros soit une augmentation de 12,17 % par rapport à 2004.

S'agissant de la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances, il est prévu de créer deux missions : une mission « santé », et une mission interministérielle « sécurité sanitaire » qui regrouperait les crédits affectés à la sécurité sanitaire sur les budgets de la santé et celui de l'agriculture.

En 2005, le budget de la santé, de la famille, des personnes handicapées et des personnes âgées devrait représenter 9,69 milliards d'euros soit une légère hausse de 0,84 % par rapport 2004, à périmètre constant.

S'agissant des crédits du ministère de la santé, c'est-à-dire les crédits consacrés à la santé, aux personnes âgées et handicapées, la dotation devrait être de 8,63 milliards d'euros en 2005, soit une baisse de 3,48 % par rapport à 2004. Cependant, en tenant compte des transferts opérés notamment vers le ministère de l'Éducation nationale, le ministère de l'Intérieur et le budget des Charges communes, la baisse est de **0,39 % des crédits** (à périmètre constant).

Les crédits regroupés dans l'agrégat 31 – *Gestion des politiques de santé et de solidarité* – retracés dans le rapport spécial de notre collègue Mme Marie-Hélène des Esgaulx sur les crédits de la Solidarité –, s'établiraient en 2005 à 1.026,28 millions d'euros, soit une hausse de 1,47 %. **Par conséquent, le budget de la santé, de la famille, des personnes handicapées et âgées, hors crédits « gestion des politiques de santé » devrait représenter 8,668 milliards d'euros en 2005, dont près de 80 % correspondent à des dépenses de transfert.**

L'évolution des crédits du budget de la santé, de la famille, des personnes handicapées et des personnes âgées peut être retracée comme suit, moyennant les mouvements de périmètre :

ÉVOLUTION DU BUDGET DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE, DES PERSONNES HANDICAPÉES ET DES PERSONNES ÂGÉES

Dépenses ordinaires et crédits de paiement

(en millions d'euros)

	LFI 2004	PLF 2005	Évolution (en %)
Crédits de la responsabilité du Ministère de la Santé et de la protection sociale			
Santé publique et sécurité sanitaire	321,99	372,64	+ 15,8
Offre de soins et accès aux soins	1154,70	788,96	- 25,14
Personnes handicapées	6.171,81	6.396,31	+ 3,64
Personnes âgées	42	17	- 59,52
Total	7.690,50	7.574,91	- 1,48
Gestion des politiques de santé et de solidarité	1.011,41	1.026,28	+ 1,47
Développement social	243	32	
Total des crédits santé, personnes âgées et personnes handicapées	8.944,91	8.633,19	- 3,48
Total des crédits santé, personnes âgées et handicapées (à périmètre constant)	8.667,19	8.633,19	- 0,39
Crédits de la responsabilité du ministère de la famille et de l'enfance			
Famille	946,74	1.061,95	+ 12,14
Total santé, famille, personnes âgées et personnes handicapées	9.613,93	9.695,14	0,84

Source : projet de loi de finances

Rappelons que différents transferts modifient le périmètre du budget du ministère, c'est notamment le cas :

– des crédits de fonctionnement et des indemnités de jurys des épreuves de l'examen classant des étudiants en médecine qui sont transférés au budget de l'Éducation nationale (1,4 million d'euros),

– des crédits de prestations familiales servies aux fonctionnaires qui sont transférés au budget des charges communes qui rémunérera les caisses d'allocations familiales qui assureront à compter du 1^{er} janvier 2005 ce service (4,4 millions d'euros),

– des crédits relatifs à la réparation des préjudices résultant de la contamination par le VIH de transfusés et aux contentieux transfusionnels qui sont transférés du budget des charges communes vers le budget de la santé (12,2 millions d'euros),

– des crédits des bourses des professions médicales et de sages-femmes, des écoles de formation des sages femmes et des professionnels paramédicaux et des comités régionaux et départementaux des retraités et personnes âgées et des centres locaux d'information et de prévention qui sont transférés vers le budget du ministère de l'Intérieur dans le cadre des transferts de compétence (soit 91,3 millions d'euros).

CHAPITRE I : LE BUDGET DE LA SANTE, DE LA FAMILLE, DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES

I.- L'EXECUTION BUDGETAIRE EN 2003 ET EN 2004

A.- L'EXECUTION BUDGETAIRE EN 2003 : LE POIDS DE LA REGULATION BUDGETAIRE

L'exercice 2003 a été marqué, très tôt, 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'annulations 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. Il faut citer :

– dès le 3 février 2003, l'instauration de gels de crédits sous l'appellation de « réserve de précaution » et de « réserve d'innovation » ;

– le 14 mars 2003, 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 ;

– et un décret d'annulation en date du 3 octobre 2003, pour 10,22 millions d'euros.

Au total, les annulations de crédits ont représentés 54,71 millions d'euros sur le budget de la santé, de la famille, des personnes handicapées et des personnes âgées. Certes, cela ne représente qu'une faible proportion de la dotation initiale (0,64 %). Cependant si on ne prend pas en compte les dépenses d'allocations (API et AHH, non touchées par les mesures de régulations) **les mesures d'annulations ont touchés 3,65 % des crédits.**

Un apurement des dettes sociales à l'égard de tiers a pu être opéré au cours de la gestion : ce résultat a été atteint grâce essentiellement à la loi de finances rectificative du 30 décembre 2003. Ce processus, au-delà du comblement de certaines insuffisances de crédits en loi de finances, a notamment concerné pour l'essentiel les tutelles et les curatelles d'État (34,273 millions d'euros), l'IVG (18,63 millions d'euros), et l'allocation de parent isolé (1,914 millions d'euros).

Néanmoins le niveau de dettes du ministère (y compris les dépenses de solidarité) à la clôture de la gestion 2003 peut être estimé à près de 450 millions d'euros.

L'exécution des crédits est retracée dans le tableau suivant :

EXECUTION DES CREDITS EN 2003

(en millions d'euros)

Chap.	Objet du chapitre	Dotation en LFI 2003	annulations	% crédits annulés
36-81	Établissements nationaux à caractère sanitaire et social	80,21	10	12,47 %
Art. 30	INPES	14,42	10	69,35 %
42-01	Coopération internationale des secteurs de la santé, de la solidarité et du travail	8,25	3	36,36 %
Art. 50	Contribution à l'initiative de la solidarité thérapeutique internationale	4,73	3	63,42 %
46-34	Interventions en faveur de la famille et de l'enfance	955,67	0,8	0,08 %
Art. 20	Interventions en faveur enfance : dépenses déconcentrées	17,22	0,8	4,65 %
46-35	Interventions en faveur des personnes handicapées	5.963	5,01	0,08 %
Art. 40	Contribution de l'État au financement de AAH	4.526,34	5,01	0,11 %
47-11	Programmes et dispositif de santé publique	172,88	18,4	10,64 %
Art. 10	Promotion, prévention et programmes de santé publique : dépenses non déconcentrées	14,29	7,05	49,34 %
Art. 20	Promotion, prévention et programmes de santé publique : dépenses non déconcentrées	81,78	10,21	12,48 %
Art. 30	Lutte contre les pratiques addictives : dépenses non déconcentrées	1,23	0,13	10,57 %
Art. 40	Lutte contre les pratiques addictives : dépenses déconcentrées	9,72	1	10,29 %
47-16	Action interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie	40	3,5	8,75 %
Art. 10	Crédits interministériels	40	3,5	8,75 %
47-19	Organisation du système de soins	43,19	3	6,95 %
Art. 10	ARH	19,21	2	10,41 %
Art. 40	Services de santé dans les collectivités territoriales d'outre-mer	22,38	1	4,47 %
66-11	Subventions d'équipement sanitaire	14,59	4,5	30,84 %
Art. 20	Modernisation et humanisation des établissements de soins et de cure	—	4,5	—
66-12	Fond d'aide à l'adaptation des établissements hospitaliers	15,24	3,5	22,97 %
66-20	Subventions d'équipement social	20,16	6,5	32,24 %
Art. 30	Transformation des établissements d'hébergement des personnes âgées	11,97	5,15	43,02 %
Total	Santé, famille, personnes handicapées et âgées	7.298	54,71	0,75 %

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

B.- L'EXECUTION BUDGETAIRE EN 2004 : DES GESTIONNAIRES MALMENES

Les gels de crédits en 2004 représentent 33,58 millions d'euros en 2004. En ne prenant pas en compte les dépenses d'allocations (AAH et API) non touchées par la régulation budgétaire, les gels ont représentés 2,2 % des crédits du budget de la santé, de la famille, des personnes handicapées et des personnes âgées. Jusqu'à présent 19,8 millions d'euros ont été annulés.

Ont été ainsi concernés par la régulation budgétaire

– des établissements nationaux à caractères sanitaires et social : l'Institut de veille sanitaire (6,85 % des crédits ont fait l'objet d'un gel), l'ANAES (14,6 % des crédits ont été gelés), et l'ENSP (50 % de la dotation initiale a fait l'objet d'un gel),

– des interventions en faveur de la famille et de l'enfance c'est-à-dire les dépenses déconcentrées (27,16 % des crédits gelés) et les dépenses non déconcentrées (12,11 % des crédits),

– les actions de sécurité sanitaire : 12,77 % de la dotation initiale a été gelée,

– les subventions d'équipement sanitaire (8,62 % des crédits gelés),

– l'action de la mission interministérielle de la lutte contre la drogue et la toxicomanie, qui a subi un gel de 10 millions d'euros jusqu'en juillet 2004 (dont une partie seulement a été dégelée), et qui a vu 3 millions d'euros annulés.

Le tableau présenté sur la page suivante retrace l'exécution des crédits en 2004.

EXECUTION DES CREDITS EN 2004

(en millions d'euros)

Chap.	Objet du chapitre	Dotation en LFI 2004	Gel de crédits	% de crédits gelés	Annulations	Gel résiduel	% crédits annulés
36-81	Établissements nationaux à caractère sanitaire et social	100,60	9,30	9,24 %	–	9,30	
Art. 22	<i>AFSSE</i>	1,927	0,007	0,36 %	–	0,007	
Art. 61	<i>Institut de veille sanitaire</i>	37,65	2,58	6,85 %	–	2,58	
Art. 70	<i>ANAES</i>	5,46	0,80	14,6 %	–	0,80	
Art. 80	<i>École nationale de santé publique</i>	11,82	5,91	50 %	–	5,91	
37-03	Défenseur des enfants	1,91	0	0,00%	–	–	
39-01	Programme "santé publique-prévention"	189,18	3	1,59%	–	3	
Art. 20	<i>pathologie</i>	110,21	3	2,72 %	–	3	
42-01	Coopération internationale des secteurs de la santé, de la solidarité et du travail	8	0	0,00%	1	0,36	12,50%
Art. 10	<i>Actions internationales du secteur santé-solidarité</i>	0,5	–	–	–		
Art. 50	<i>Contribution à l'initiative de la solidarité thérapeutique internationale</i>	4,3	–	–	0,29		6,74 %
43-32	Professions médicales et paramédicales, Formation, recyclage et bourses	145,99	3	2,05%	7	3	4,79%
Art. 21	<i>Étudiants en médecine, en odontologie, en pharmacie</i>	46	3	6,52 %	3		6,52 %
46-22	Remb. aux organismes de sécurité sociale des dépenses afférentes à l'IVG	0	0	0,00%	–		–
46-34	Interventions en faveur de la famille et de l'enfance	944,83	6	0,64%	–	6	–
Art. 10	<i>Interventions en faveur enfance : dépenses non déconcentrées</i>	5,89	1,6	27,16 %	–	1,6	–
Art. 20	<i>Interventions en faveur enfance : dépenses déconcentrées</i>	19,82	2,4	12,11 %		2,4	–
Art. 40	<i>Tutelle et curatelle de l'État</i>	149	2	1,34 %		2	–
46-35	Interventions en faveur des personnes handicapées	6.149,85	4,59	0,07%	4,59		0,07%
Art. 10	<i>Allocations et prestations diverses</i>	3.914,77	4,59	0,12 %	4,59		0,12 %
46-82	CMU et aide médicale	1,18	0	0,00%	–		0,00%
47-12	Sécurité sanitaire	19,50	2,49	12,77%	2,49	2,49	12,77%
Art. 10	<i>Gestion des risques liés à l'environnement : dépenses non déconcentrées</i>	3,35	0,785	23,43 %	–	0,785	–
Art. 30	<i>Lutte sanitaire infectieuse : dépenses non déconcentrées</i>	1,38	0,355	25,72 %	–	0,355	–
Art. 50	<i>Centres nationaux de référence</i>	4,10	1,34	32,68 %	–	1,34	–
47-16	Action interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie	38,04	10	5,78%	3	2,2	7,89%
Art. 10	<i>Crédits interministériels</i>	12,85	0,83	6,46 %	–	0,83	–
Art. 20	<i>Dépenses non déconcentrées</i>	10,85	0,10	0,92 %	–	0,10	–
Art. 30	<i>Dépenses déconcentrées</i>	14,3	1,27	8,88 %	–	1,27	–
47-19	Organisation du système de soins	46,19	2	4,33%	1	2	2,16%
Art. 40	<i>Services de santé dans les collectivités territoriales d'outre-mer</i>	25,28	0,701	2,77 %	–	0,70	–
Art. 60	<i>Interventions dans le domaine de l'organisation des soins : dépenses déconcentrées</i>	1,067	0,298	27,93 %	–	0,298	–
66-11	Subventions d'équipement sanitaire	11,60	1	8,62%	–	1	0,00%
Art. 10	<i>Modernisation et humanisation des CHR et des établissements d'intérêt national</i>	–	0,39	%	–	0,39	
Art. 20	<i>Modernisation et humanisation des établissements de soins et de cure</i>	–	0,13	%	–	0,13	
Art. 40	<i>Etablissements de formation de personnels sanitaires</i>		0,15	%	–	0,15	
Art. 50	<i>Psychiatrie extra-hospitalière et lutte contre la toxicomanie et alcoolisme</i>		0,16	%	–	0,16	
Art. 80	<i>Fonds de modernisation des hôpitaux</i>		0,17	%	–	0,17	
66-20	Subventions d'équipement social	30,86	0	0,00%	–	–	0,00%
Total	Santé, famille, personnes handicapées et âgées	7.687,73	33,58	0,44%	19,08	26,86	0,22%

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

II.- LA PREPARATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI ORGANIQUE RELATIVE AUX LOIS DE FINANCES

A.- LES MISSIONS RELATIVES A LA SANTE PUBLIQUE ET A LA SECURITE SANITAIRE

S'agissant de la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances, il est prévu de créer deux missions :

- une mission « santé »,
- une mission interministérielle « sécurité sanitaire » qui regrouperait les crédits affectés à la sécurité sanitaire sur les budgets de la santé et celui de l'agriculture.

La mission santé devrait se présenter de la manière suivante :

MISSION MINISTERIELLE « SANTE »

(en millions d'euros)

	LFI 2004	PLF 2005
Programme 1 : santé publique et prévention	190,30	209,96
<i>Action 1</i> : politique de santé	26,06	22,23
<i>Action 2</i> : déterminants de santé	35,52	37,02
<i>Action 3</i> : pathologies à forte mortalité	125,32	146,83
<i>Action 4</i> : qualité de la vie et handicap	3,4	3,87
Programme 2 : offre de soins et qualité du système de soins	189,20	114,02
<i>Action 1</i> : niveau et qualité de l'offre de soins	154,55	80,98
<i>Action 2</i> : accessibilités de l'offre de soins	1,32	1,22
<i>Action 3</i> : soutien	33,33	31,81
Programme 3 : drogue et toxicomanie	38,04	38
<i>Action 1</i> : coordination interministérielle des volets préventifs sanitaire et répressifs	26,44	25,37
<i>Action 2</i> : expérimentations de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi	10,40	12,16
<i>Action 3</i> : coopérations internationales	1,2	0,465
Programme 4 : conception et gestion des politiques de santé	220,99	225,054
<i>Action 1</i> : conception et gestion du programme santé publique et prévention	42,47	42,45
<i>Action 2</i> : conception et gestion du programme veille et sécurité sanitaires	95,30	99,83
<i>Action 3</i> : conception et gestion du programme offre de soins et qualité du système de soins	80,92	80,46
<i>Action 4</i> : conception et gestion du programme drogue et toxicomanie	2,29	2,31

Source : avant-projet annuel de performances, mission ministérielle « santé »

La future mission interministérielle « sécurité sanitaire » devrait regrouper les crédits du ministère de la Santé relatif à la veille et la sécurité sanitaires et les crédits du ministère de l’Agriculture, de l’alimentation, de la pêche et des affaires rurales relatifs à la sécurité et la qualité sanitaire de l’alimentation.

Votre Rapporteur spécial ne peut qu’approuver la création d’une mission interministérielle sur la sécurité sanitaire regroupant les crédits de plusieurs ministères. La première maquette proposée par le ministère intégrait les crédits relatifs à la sécurité sanitaire à la mission « santé ». Les crédits relatifs à la sécurité sanitaire et alimentaire étaient donc dispersés entre plusieurs missions, ce qui était d’autant plus regrettable que certains organismes, comme l’Agence française de sécurité alimentaire sont financés à la fois par le ministère de la Santé et par le ministère de l’Agriculture.

Le choix de créer une mission interministérielle donne donc les moyens à l’État de regrouper, au sein d’une mission, l’ensemble des crédits attribués à ce qui doit constituer, au regard des crises sanitaires récentes (légionellose, amiante, canicule), une priorité pour l’État : la sécurité sanitaire.

La mission interministérielle « sécurité sanitaire » devrait se présenter de la façon suivante :

MISSION INTERMINISTERIELLE « SECURITÉ SANITAIRE »

(en millions d’euros)

	LFI 2004	PLF 2005
Programme : Veille et sécurité sanitaires	96,79	120,28
<i>Action 1</i> : Veille, surveillance, expertise et alerte	54,05	57,45
<i>Action 2</i> : Gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises	5,27	9,66
<i>Action 3</i> : Production et mise en œuvre de règles, de recommandations, de décisions et autres dispositifs	32,35	46,53
<i>Action 4</i> : Information et formation	5,13	6,64
Programme : Sécurité et qualité sanitaires de l’alimentation	488,43	498,86
<i>Action 1</i> : Prévention des risques sanitaires et phytosanitaires	14,11	15,18
<i>Action 2</i> : Lutte contre les maladies animales et protection des animaux	107,03	105,72
<i>Action 3</i> : Prévention et gestion des risques sanitaires liés aux denrées alimentaires	17,17	16,12
<i>Action 4</i> : Acquisition et mobilisation des moyens scientifiques et techniques pour maîtriser les risques sanitaires	50,44	51,07
<i>Action 5</i> : Élimination des farines et des coproduits animaux	82	85,83
<i>Action 6</i> : Mise en œuvre de la politique de sécurité et de qualité sanitaires de l’alimentation	217,67	224,94
<i>Action 7</i> : Mise en œuvre des politiques pour le compte du ministère de l’environnement et du développement durable	–	–

Source : avant-projet annuel de performances, mission interministérielle « sécurité sanitaire »

Si le découpage prévisionnel en missions, programmes et actions paraît assez pertinent, **le projet d'un programme « conception et gestion des politiques de santé » commun aux deux missions est, lui, totalement contraire à l'article 7 de la loi organique. Le fait qu'il regroupe l'ensemble des « services polyvalents » que sont les services déconcentrés, soit plus de 80 % des emplois budgétaires, ainsi qu'une bonne part des crédits de fonctionnement – les « fonctions support » –, est un contournement grossier de la réforme.**

Ainsi, 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 constaté dans sa note d'étape de janvier 2004⁽¹⁾ : *« Le respect du principe de budgétisation à coût complet suppose que les programmes dédiés aux moyens communs, couramment intitulés programmes « support », soient limités aux seules dépenses transversales, participant à des fonctions de pilotage ou de gestion commune, qu'il est impossible de ventiler par finalité (affaires financières, gestion du personnel, affaires immobilières...). Or, on constate encore que certains ministères envisagent d'intégrer dans leur programme « support » des crédits qui financent une politique clairement identifiée, au motif que ces crédits représentent une masse budgétaire peu importante. D'autres, comme le ministère chargé des affaires sociales et de la solidarité, prévoient d'y mettre l'ensemble des moyens de personnel et de fonctionnement courant de leur administration centrale, alors que la ventilation de ces moyens par finalité est connue. »*

Plusieurs propositions ont ainsi été faites par la mission d'information⁽²⁾ :

– *rattacher les moyens des directions opérationnelles de l'administration centrale aux programmes de politique* : afin d'éviter une sanctuarisation des emplois dans un programme spécifique, et conformément au principe de responsabilisation qui fonde la loi organique, il est proposé de rattacher les moyens des directions opérationnelles de l'administration centrale aux programmes « de politique » correspondants.

– *rattacher les moyens de la mission interministérielle de lutte contre la drogue au programme « Drogue et toxicomanie »*. Les personnels de la MILDT ne figurent pas dans le programme 3 « Drogue et toxicomanie », alors qu'ils sont parfaitement identifiés. Ce choix a pour effet d'enlever au président de la MILDT la maîtrise de ses emplois. Par conséquent, il est proposé de rattacher l'action « Moyens du programme Drogue et toxicomanie » inscrite dans le programme « Gestion et évaluation des politiques de santé » au programme de politique correspondant.

(1) *Note d'étape sur la mise en œuvre de la réforme organique, Michel Bouvard, Didier Migaud, Charles de Courson et Jean-Pierre Brard (15 janvier 2004)*

(2) *Rapport d'information sur la mise en œuvre de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances, MM. Michel Bouvard, Didier Migaud, Charles de Courson et Jean-Pierre Brard (n° 1554)*

Votre Rapporteur note que le programme « conception et gestion des politiques de santé » distingue dans ses quatre actions, les dépenses de personnel relatives à chacun des programmes. **Il est donc possible de distinguer les dépenses de personnels affectés à chaque programme : elles doivent donc être impérativement intégrés à chaque programme.**

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

B.- DES CRÉDITS DU BUDGET DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE, DES PERSONNES AGEES ET HANDICAPEES AU SEIN DE LA MISSION « SOLIDARITE ET INTEGRATION »

Certains crédits du budget de la santé, de la famille, des personnes âgées et des personnes handicapées devraient être intégrés dans la mission « solidarité et intégration ». Ils seront regroupés au sein des programmes suivants :

– « action en faveur des familles vulnérables » pour les crédits relatif à la famille, soit un budget qui devrait être de 1.060,06 millions d'euros en 2005,

– « handicaps et dépendance » pour les crédits relatifs aux personnes handicapées et aux personnes âgées, soit un budget qui devrait s'élever à 6.413,29 millions d'euros en 2005,

– « protection maladie complémentaire » pour les crédits relatifs à la couverture maladie complémentaire qui devraient représenter 660,57 millions d'euros en 2005.

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

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

La répartition des crédits au sein de la mission « solidarité et intégration » est retracée dans le tableau suivant :

DECLINAISON EN PROGRAMMES DE LA MISSION « SOLIDARITE ET INTEGRATION »

	LFI 2004	PLF 2005
Programme 1 : Politiques en faveur de l'inclusion sociale	891.734.382	829.059.001
Action 1 : Prévention de l'exclusion	211.109.268	50.908.668
Action 2 : Actions en faveur des plus vulnérables	643.816.737	730.160.114
Action 3 : Conduite et animation de la politique de lutte contre l'exclusion	24.806.877	23.490.219
Action 4 : Rapatriés	12.001.500	24.500.000
Programme 2 : Accueil des étrangers et intégration	739.429.854	643.036.541
Action 1 : Participation de la régulation des migrations	5.747.414	5.704.964
Action 2 : Prise en charge sociale des demandeurs d'asile	293.466.457	166.837.145
Action 3 : Intégration	200.123.985	230.467.527
Action 4 : Aide médicale de l'État	233.480.000	233.480.000
Action 5 : Soutien du programme	6.611.998	6.546.905
Programme 3 : Actions en faveur des familles vulnérables	945.439.323	1.060.060.925
Action 1 : Accompagnement des familles dans leur rôle de parents	23.712.873	23.135.889
Action 2 : Soutien en faveur des familles monoparentales	769.700.000	862.770.350
Action 3 : Protection des enfants et des familles	152.026.450	174.154.686
Programme 4 : Handicap et dépendance	7.124.810.404	6.413.294.614
Action 1 : Évaluation et orientation personnalisée des personnes handicapées	14.201.334	14.203.476
Action 2 : Incitation à l'activité professionnelle	2.036.953.500	1.139.570.000
Action 3 : Ressources d'existence	4.932.990.000	5.146.305.153
Action 4 : Compensation des conséquences du handicap	93.537.500	89.842.989
Action 5 : Personnes âgées	41.753.614	16.975.378
Action 6 : Pilotage du programme	5.374.456	6.397.618
Programme 5 : Protection maladie complémentaire	946.560.308	660.577.410
Action unique - Accès à la protection maladie complémentaire	946.560.308	660.577.410
Programme 6 : Égalité entre les hommes et les femmes	27.001.712	26.991.829
Action 1 : Accès des femmes aux responsabilités et à la prise de décision	880.360	880.288
Action 2 : Égalité professionnelle	5.000.000	4.999.143
Action 3 : Égalité en droit et en dignité	10.923.500	10.917.456
Action 4 : Articulation des temps de vie	203.640	203.113
Action 5 : Soutien du programme égalité entre les hommes et les femmes	9.994.212	9.991.829
Programme 7 : Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales	771.278.567	786.606.555
Action 1 : État-major de l'administration sanitaire et sociale	44.482.096	45.358.829
Action 2 : Statistiques, études et recherche	21.549.606	22.801.742
Action 3 : Gestion du programme Politiques en faveur de l'inclusion sociale	98.782.677	96.897.648
Action 4 : Gestion du programme Accueil des étrangers et intégration	21.604.185	21.709.844
Action 5 : Gestion du programme Actions en faveur des familles vulnérables	11.531.365	11.531.402
Action 6 : Gestion du programme Handicap et dépendance	119.889.667	119.282.212
Action 7 : Gestion du programme Protection maladie complémentaire	331.498	339.816
Action 8 : Soutien de l'administration sanitaire et sociale	398.373.609	414.061.734
Action 9 : Pilotage de la sécurité sociale	54.733.864	54.623.328

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

C.– LA DECLINAISON OPERATIONNELLE DES PROGRAMMES

1.– Les expérimentations de globalisation des crédits

L'expérimentation de globalisation en cours porte sur le programme « Santé publique et prévention ». La loi de finances pour 2004 a créé à cet effet un chapitre 39-01, qui représente 189 millions d'euros, et qui regroupe les crédits figurant antérieurement aux articles 10 et 20 du chapitre 47-11 et à l'article 90 du chapitre 34-98.

Un certain nombre d'objectifs et d'indicateurs de performance ont été proposés, en lien avec le travail préparatoire effectué dans le cadre du projet de loi relatif à la politique de santé publique, au titre duquel une concertation avait été menée avec les régions, d'une part, et avec un groupe technique national de définition des objectifs, d'autre part. Les 100 objectifs qui en résultaient ont permis de contribuer à la définition des objectifs et des indicateurs repris dans la préfiguration d'un projet annuel de performance pour 2004.

L'organisation de la chaîne de responsabilité s'est structurée à partir de la désignation du Directeur Général de la Santé comme responsable du programme, de la création d'un budget opérationnel de programme (BOP) pour l'administration centrale (Direction générale de la santé) et de 26 BOP déconcentrés au niveau régional. L'une des caractéristiques de cette expérimentation réside dans son déploiement sur l'ensemble du territoire.

Pour le BOP de la Direction général de la santé, qui représente 62 millions d'euros, un responsable a été désigné (un des deux chefs de service de la direction) et 8 unités opérationnelles constituées (sous-directeurs). Un programme d'emploi des crédits (PEC) a été établi et a été visé en février par le responsable du programme. Sur cette base, l'exécution 2004 a été effectuée avec la mise en place d'un comité d'engagement qui se réunit trois fois par mois sous l'égide du responsable de BOP pour s'assurer de la conformité de l'exécution avec le PEC et de la qualité technique et budgétaire des dossiers. Ce BOP intègre également la dotation de 22 millions d'euros à l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES), seul opérateur national imputé sur ce programme.

Au niveau déconcentré, les dotations ont été déléguées et réparties en fonction du critère de la population totale, corrigée par la mortalité prématurée et la précarité, et ont été pré notifiées dès octobre 2003 dans le cadre d'un projet de directive nationale d'orientation (DNO). La répartition infra-régionale a été effectuée par les Comités techniques régionaux et interdépartementaux (CTRI), remontée sous forme de programme prévisionnel d'emploi des crédits (PPEC) selon la nouvelle nomenclature par destination – actions et sous actions – et notifiée globalement à l'article de prévision 02 du chapitre 39-01 en janvier 2004 dans le cadre de la DNO. Le suivi en exécution et la remontée d'information se font sur la base de la nomenclature par destination avec un volet complémentaire d'information dénommé attributs portant notamment sur les populations (précaires, jeunes, personnes âgées).

L'ensemble de ces éléments sont gérés à partir du progiciel de gestion budgétaire locale (GBL) qui a fait l'objet d'un avenant et viendront alimenter le contenu du futur rapport annuel de performance (RAP) qui devra être élaboré pour juin 2005.

Ce programme a fait l'objet d'un audit du Comité Interministériel d'Audit des Programmes (CIAP) en février 2004 et une partie de ces préconisations a déjà été intégrée dans la version actualisée de l'avant-PAP « santé publique – prévention » pour 2005.

2.– Les expérimentations prévues en 2005

Les expérimentations de globalisation des crédits prévues en 2005 concernent le programme « veille et sécurité sanitaires », le programme « conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » de la mission « Solidarité et intégration » et le programme « conception et gestion des politiques de santé » de la mission « Santé »

Le programme « veille et sécurité sanitaires » fera l'objet d'une expérimentation. Sa responsabilité est confiée également au DGS dans des conditions de déploiement analogues à celles du programme « santé publique et prévention » tant en administration centrale qu'en services déconcentrés. En revanche, le nombre d'opérateurs concernés est plus important puisque le BOP DGS intégrera les subventions à l'AFSSAPS, l'InVS, l'AFSSE et l'AFSSA. Ce programme regroupe les crédits des chapitres 47-12 (articles 10 et 20) et 34-98 (article 90), les emplois afférents à ce programme étant inscrits au programme soutien de la mission Santé.

Le programme « conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » de la mission « Solidarité et intégration » et le programme « conception et gestion des politiques de santé » de la mission « Santé » feront l'objet d'une expérimentation limitée géographiquement à la région Haute-Normandie.

L'expérimentation portera à la fois sur la globalisation des crédits et la fongibilité asymétrique associée et sur la détermination de plafonds d'emplois calculés en équivalents temps plein (ETP) avec mise en place et suivi des masses salariales. D'un point de vue du découpage en BOP et en unité opérationnelle, la DRASS pour chacun des deux programmes sera BOP et unité opérationnelle pour ce qui la concerne et chacune des deux DDASS sera unité opérationnelle. Du fait du découpage adopté, chaque BOP dispose de son propre plafond d'emploi et chaque unité opérationnelle possède une masse salariale, ce qui fait au total 2 plafonds d'emploi et 6 masses salariales associées. Dans le cadre du projet de loi de finances, est créé un chapitre 39-04.

3.– Les budgets opérationnels de programme

L'architecture en budgets opérationnels de programme est en cours d'élaboration pour chaque programme et sera stabilisée en décembre 2004, conformément au calendrier interministériel de travail sur la loi organique.

Concernant le niveau déconcentré, les BOP devraient se situer au niveau régional. C'est ce choix qui a été retenu pour les expérimentations de 2005 précédemment évoquées.

Au niveau central, la situation est plus complexe, dans la mesure où la plupart des programmes associent plusieurs structures qui ne sont pas nécessairement dans une relation de nature hiérarchique. Établir la cartographie des BOP suppose donc une réflexion approfondie sur les organisations les plus pertinentes pour permettre le pilotage des objectifs du programme. Cette problématique est particulièrement aiguë dans le cas du programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » dont le mode de gouvernance ne pourra être clairement défini qu'une fois mis en place le secrétaire général de des ministères.

CHAPITRE II : LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE : SUPPORT D'EXPERIMENTATION DE LA LOI ORGANIQUE

La politique de santé publique et de sécurité sanitaire, dont les dotations figurent à l'agrégat 21 du budget, devrait représenter en 2005, 372,64 millions d'euros, soit une hausse de 15,7 % par rapport à la dotation de 2004.

Le tableau suivant retrace l'évolution des crédits destinés à la politique de santé publique et de sécurité sanitaire :

BUDGET SANTE PUBLIQUE ET SECURITE SANITAIRE

(en millions d'euros)

Chapitre	Intitulé	LFI 2004	PLF 2005	Évolution
Titre III				
Chap. 36-81	Étab. nationaux à caractère sanitaire et social	75,466	—	—
Chap.37-05	Haute autorité de santé (nouveau)	—	9,649	—
Chap.39-01	Programme « santé publique – prévention »	189,177	208,873	+ 10,41 %
Chap. 39-02	Programme « veille et sécurité sanitaires »	—	116,116	—
	<i>Total titre III</i>	<i>264,453</i>	<i>334,640</i>	<i>+ 26,54%</i>
Titre IV				
Chap.47-12	Sécurité sanitaire	19,50	—	—
Chap.47-16	Action interministérielle de lutte contre la drogue	38,038	38	– 0,1 %
Total		321,991	372,640	+ 15,7 %

Source : projet de loi de finances

I.– LE PROGRAMME « SANTE PUBLIQUE ET PREVENTION »

A.– PRESENTATION DU PROGRAMME

Comme en 2004, les crédits consacrés à la politique de santé publique et de prévention sont regroupés dans un chapitre unique, le chapitre 39-01, qui constitue un programme de préfiguration de la loi organique. Ce chapitre regroupe :

- les crédits d'intervention consacrés à la prévention figurant antérieurement au chapitre 47-11,

- la part des crédits de fonctionnement du chapitre 34-98 (article 42), destinés à la prévention en matière de santé publique,

- et 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).

Le programme « santé publique et prévention » devrait représenter un total de 208,87 millions d'euros en 2005.

La répartition des crédits est retracée dans le tableau suivant :

PROGRAMME : SANTE PUBLIQUE ET PREVENTION

(en millions d'euros)

	LFI 2004	PLF 2005
Action 1 politique de santé	38,21	22,23
Action 2 déterminants de santé	35,52	37,02
Action 3 pathologies à forte mortalité	125,32	146,83
Action 4 qualité de la vie et handicap	3,4	3,87
Total programme santé publique et prévention	202,45	209,96

Source : avant projet annuel de performance, mission « santé »

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

PROGRAMME : SANTE PUBLIQUE ET PREVENTION

(en millions d'euros)

Nature des dépenses	LFI 2004	PLF 2005
Dépenses de personnel	0	—
Dépenses de fonctionnement	34,55	54,91
Dépenses d'investissement	0	0
Dépenses d'intervention	167,91	155,04
Total	202,45	209,96

Source : avant projet annuel de performance, mission « santé »

La critique est évidente et immédiate : le programme ne comprend pas de crédits de personnel.

Le programme « santé publique et prévention » poursuit cinq finalités générales :

- concevoir et piloter la politique de santé publique, en prenant en compte la dimension éthique et en améliorant les connaissances disponibles et leur diffusion. Promouvoir l'éducation pour la santé ;
- diminuer la mortalité prématurée évitable par des actions de prévention ;
- diminuer la morbidité évitable par la prévention ;
- améliorer la qualité de vie des personnes malades et lutter contre les incapacités ;
- et réduire les inégalités de santé en réduisant les inégalités d'accès à la prévention.

Ce programme fonctionne en tant que programme de préfiguration depuis le 1^{er} janvier 2004 avec un chapitre 39-01 qui se décompose en un budget opérationnel de programme pour la Direction générale de la Santé (BOP « DGS ») avec 8 unités opérationnelles et 22 BOP régionaux en cours de constitution, le niveau départemental étant une unité opérationnelle. L'adaptation de l'organisation budgétaire et comptable est en cours dans la perspective d'être stabilisée au 31 décembre 2004. Actuellement seul l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) est intégré dans le BOP « DGS ».

B.– LES ACTIONS DU PROGRAMME « SANTE PUBLIQUE ET PREVENTION »

1.– L'action « politique de santé »

Cette action vise à structurer, rationaliser et mieux piloter les actions de santé publique. À cette fin, elle contribue à développer une culture de santé publique au sein de la population et des professionnels de santé et à mieux responsabiliser les citoyens et usagers du système de santé en les associant à la conception et à la mise en œuvre des actions de santé publique. Cette action recouvre toutes les fonctions « d'état-major » (conception, planification, programmation, suivi et évaluation) de la politique de santé publique

L'action « politique de santé » comprend les sous-actions suivantes :

1.– Mise en application de la loi relative à la politique de santé publique et de la loi relative à la bioéthique. Il s'agit de concevoir et de diffuser dans les délais les plus rapides les décrets d'application de la loi.

2.– Structures associées au pilotage de la politique de santé publique. Cette sous-action concerne la mise en œuvre de la politique de santé publique dans les régions et repose sur l'action des Groupements régionaux de santé publique et sur les plans régionaux de santé publique.

3.– Mise en place des processus prévus par la loi relative à la politique de santé publique. Il s'agit des processus liés aux fonction de pilotage : système d'information, processus d'agrément des associations.

4.– Politique des produits de santé. Il s'agit de concevoir les orientations de santé publique dans le domaine de la santé. (favoriser l'accès des patients aux produits de santé, développer l'évaluation de l'impact en santé publique de ces produits...)

5.– Actions transverses. Ces actions comprennent en particulier les actions des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Les indicateurs associés à ces sous-actions sont : le pourcentage de textes d'application de la loi relative à la santé publique et de la loi sur la bioéthique, sur le nombre total de textes prévus, le délai moyen pour l'agrément d'une association ou le délai moyen de traitement des certificat de décès.

Votre Rapporteur constate le contraste entre les actions, qui semblent particulièrement vagues et ambitieuses et les indicateurs qui se limitent à mesurer la rapidité d'action des services centraux. L'évaluation du pilotage de la politique de santé publique par l'État et les services centraux ne peut se limiter aux délais de publication des décrets d'application. D'autres indicateurs et objectifs pourraient être donc utilement trouvés.

Par ailleurs, certaines sous-actions semblent être des actions « fourre-tout ». C'est le cas de l'action « *actions transverses* » qui comprend notamment les programmes régionaux d'accès aux soins. Votre Rapporteur avait critiqué, dans son précédent rapport spécial, l'existence d'une action « autres programmes de santé publique », qui, sous un intitulé vague, cachait la réduction drastique des crédits destinés aux publics fragiles (c'est-à-dire destinés aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins), qui baissaient de 43 %. Il semble que l'on retrouve les mêmes travers dans ce projet de budget puisqu'il est particulièrement difficile de définir ce que retrace l'action « actions transverses » et que ces mêmes programmes régionaux subissent une nouvelle ponction de leurs moyens (baisse de 17,9 %) qui passe inaperçue dans cette nouvelle présentation des crédits.

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.

Le tableau suivant souligne la chute des crédits consacrés aux programmes régionaux d'accès la prévention et aux soins depuis 2002 :

BUDGET DES PROGRAMMES REGIONAUX D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS

(en millions d'euros)

	2001	2002	2003	2004	2005 ⁽¹⁾
Dotation budgétaire	16,82	25,97	23,56	13,4	11

(1) prévision

Source : Ministère de la Santé et de la protection sociale

2.- L'action « déterminants de santé »

Cette action a pour ambition de modifier les comportements individuels et collectifs des citoyens et d'agir sur leur environnement. Elle recouvre en particulier les actions d'information et d'éducation portant sur la nutrition et les activités physiques, l'alcool, le tabac, les traumatismes par accident et violence (dont violence routière), les autres pratiques à risques (toxicomanie et risques associés) et l'environnement, dont le travail.

Les déterminants de santé sont au nombre de six :

1. **alcool** (lutter, par une politique active de prévention et de prise en charge, contre l'alcoolisme et contre les consommations à risques) ;

2. **tabac** (lutter, par une politique de prévention active et de prise en charge, contre le tabac.) ;

3. **accident et violence** (dont violence routière). Il s'agit de prévenir les accidents de la vie courante en particulier chez l'enfant, les chutes des personnes âgées, les traumatismes intentionnels, les accidents de transport. Cette action s'inscrit dans le cadre des cinq plans stratégiques prévus par la loi relative à la

politique de santé publique, parmi lesquels figure un « plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives ». Élaboré en 2004, ce plan aborde les relations entre la santé et diverses formes de violences s'adressant à des populations diverses (enfants et adolescents, personnes âgées, handicapées, dépendantes, etc.), dans des cadres divers (famille, milieu professionnel, institutions médicosociales, prisons, établissements scolaires...). Pour lancer ce plan national, une mesure nouvelle de 3,2 millions d'euros est prévue en 2005 ;

4. autres pratiques à risques. Il s'agit du versant sanitaire de la lutte contre la toxicomanie, qui inclut la réduction des risques chez les usagers de drogues. Les principaux enjeux concernent à la fois l'amélioration des pratiques de prise en charge et l'adaptation de la politique de réduction des risques à l'évolution des usages et des populations ;

5. nutrition et activité physique. Il s'agit principalement de promouvoir l'activité physique et de limiter les conséquences sur la santé de l'obésité. Un plan national (PNNS) a été mis en place en 2001. **En 2005, seule une mesure nouvelle de 0,3 million d'euros est prévue pour la mise en œuvre du programme national Nutrition-Santé. Ces quelques crédits ne sont pas à la mesure de l'enjeu que représente aujourd'hui, pour la santé publique, le problème de la nutrition.**

6. et environnement et travail. Malgré la mise en place d'un Plan national santé-environnement (PNSE), aucune action n'a été prévue en 2005 et la compétence des agences de sécurité sanitaire sur ce sujet n'est pas déterminée. Seule l'AFSSE semble pour l'instant investie d'une mission qui demeure néanmoins incertaine.

L'action « déterminants en santé » a le mérite de distinguer certains risques pour la santé et d'y associer des politiques de santé publiques. Cependant, plusieurs interrogations subsistent. Cette action se contente d'accumuler des déterminants de la santé (violence, tabac, environnement) sans cohérence globale. De plus, cette action n'est-elle pas redondante avec le programme « drogue et toxicomanie » dont les actions concernent la drogue mais aussi d'autres dépendances telles que le tabac et l'alcool ? **Ne serait-il pas préférable de réunir dans un même programme, l'ensemble des pratiques et consommations dangereuses pour la santé (tabac, drogue, alcool, etc.) et les politiques mises en œuvre pour limiter leur impact sur la santé ?** La cohérence et la logique de l'action y gagneraient.

Les indicateurs associés à ces actions sont la consommation annuelle d'alcool par habitant de plus de 15 ans, le pourcentage de la prévalence du tabagisme quotidien par sexe et par âge, la prévalence du saturnisme chez les enfants de 1 à 6 ans.

Si certains indicateurs sont intéressants, ils mériteraient d'être affinés ou complétés. Ainsi, l'indicateur « consommation d'alcool par habitant de plus de 15 ans » n'indique finalement rien sur l'efficacité de la politique de santé publique menée dans ce domaine. D'ailleurs, il est précisé dans l'avant projet annuel de performance que « *cet indicateur ne reflète pas uniquement l'efficacité des actions conduites dans le cadre du programme dans la mesure où il est sensible à l'action d'autres programmes (comme la sécurité routière et la taxation des alcools).* » Comment, dès lors, les parlementaires pourront-ils évaluer l'efficacité de la lutte contre l'alcoolisme menée par le ministère de la santé avec un tel indicateur ?

3.- L'action « pathologie à forte mortalité »

Pour diminuer la mortalité prématurée évitable et la morbidité évitable, cette action vise à renforcer la prévention et à différer la survenue des pathologies.

Concernant le cancer et le sida, les principaux acteurs sont l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut national du cancer (INCa), créé par la loi relative à la politique de santé publique et son groupement d'intérêt public (GIP) de préfiguration et l'agence nationale de recherche contre le sida (ANRS) et le conseil national du sida (CNS). Les crédits consacrés par l'État aux pathologies sont concentrés sur la lutte contre le cancer et le 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.

La déclinaison de l'action est la suivante :

1.- Les maladies transmissibles :

– *le Sida* : en l'absence de vaccin et de traitements éradiquant l'infection, la politique de lutte contre le sida vise à réduire la transmission de l'infection en France et à optimiser la prise en charge des personnes atteintes ;

– *les hépatites* : cette action s'inscrit dans le cadre du programme national « hépatites virales C et B » (2002-2005), après le plan national de lutte contre l'hépatite C (1999-2002). La mise en œuvre des actions de prévention et de dépistage, la prise en charge, la surveillance épidémiologique, la recherche et l'évaluation sont suivies par un comité stratégique.

2. Les pathologies non transmissibles :

– *le cancer* ;

– *les maladies cardiovasculaires*. Des actions de prévention, de suivi épidémiologique, d'éducation thérapeutique, d'organisation des soins notamment en matière d'accidents vasculaires cérébraux, d'infarctus et de mort subite sont menées ;

– *les maladies rares*. Le plan national de lutte contre les maladies rares, en cours d'élaboration, a pour objectifs de diminuer l'errance en matière de diagnostic, d'améliorer l'information des professionnels de santé et le soutien aux patients et d'adapter la prise en charge de ces mêmes patients. Il concerne environ 3 millions de personnes atteintes de maladies rares ;

– *santé mentale dont suicide*. Il s'agit de promouvoir la santé mentale, de repérer précocement les troubles mentaux, notamment chez les enfants et les adolescents, d'améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes de ces troubles et enfin de favoriser la recherche en psychiatrie. C'est l'objet du plan santé mentale en préparation ;

– *santé bucco-dentaire*. Il s'agit d'améliorer la connaissance de l'état de santé bucco-dentaire, de mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation spécifiques destinées à prévenir l'apparition des caries en particulier chez les jeunes et à faciliter l'accès au dépistage et aux soins en particulier en direction des autres groupes spécifiques.

Les indicateurs associés à ce programme sont notamment le pourcentage de jeunes de 18 à 24 ans ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport, le taux de couverture du dépistage du cancer du sein. On peut regretter que seules deux pathologies – le cancer le sida – soient concernées par les indicateurs et les objectifs. On peut cependant considérer cette situation se justifie par le fait que ces maladies constituent des politiques de santé publique prioritaires.

4.– L'action « qualité de vie et handicap »

Cette action recouvre les pathologies dont la mortalité est moindre mais qui s'inscrivent dans la durée. Il s'agit de réduire les risques de survenue de handicaps ou de réduire leur gravité sur la vie des personnes malades par des actions de prévention et une meilleure prise en charge.

1.– Pathologies spécifiques de l'enfance et de la périnatalité. Les sous-actions concernent la santé périnatale et les problèmes liés à la reproduction et au développement, la qualité de vie et les handicaps, la santé de l'enfant et les troubles du langage.

2.– Pathologies de l'âge adulte. Il s'agit des maladies chroniques. Un plan national de l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, soit 30 millions de personnes, est en cours d'élaboration. Il portera en particulier sur l'amélioration de la qualité de vie. Sont également concernés le diabète, des maladies endocriniennes, des maladies rénales, des maladies du sang (hors cancer) et des affections musculo-squelettiques

3.– Pathologies spécifiques du vieillissement. Il s'agit des actions concernant la douleur et les soins palliatifs, les maladies d'Alzheimer et les maladies apparentées.

Votre Rapporteur constate l'absence de mesures nouvelles pour financer le « Plan Alzheimer », annoncé il y a quelques semaines. Il semblerait donc que ce plan ne fait en réalité que rassembler des crédits et des dispositifs déjà existants.

Par ailleurs, aucun des indicateurs proposés ne concerne cette action. Votre Rapporteur ne peut que le regretter, compte tenu de l'importance de ces politiques et des priorités affichés par le Gouvernement, notamment concernant la maladie d'Alzheimer. Il apparaît indispensable de pouvoir évaluer l'action des pouvoirs publics dans ces domaines.

C.— UN PROGRAMME PERFECTIBLE

Votre Rapporteur spécial reconnaît la difficulté de trouver des objectifs et des indicateurs pertinents, dans un domaine où l'évaluation de l'action des pouvoirs publics est particulièrement délicate. Cependant, les conclusions du rapport d'audit montrent à juste titre les limites de l'actuel programme et suggère des pistes d'améliorations.

Il apparaît primordial à votre Rapporteur spécial de coordonner dans un document de politique transversale les actions menées par les différents partenaires en matière de prévention. Surtout, si les objectifs présentés par le programme doivent être à la hauteur des ambitions affichées par l'État dans la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, **il est cependant indispensable que le projet annuel de performance présente des objectifs et des actions sur lesquels le ministère a une capacité d'action, afin que puisse être réalisée une véritable évaluation de l'action des pouvoirs publics dans le domaine de la prévention et de la santé publique.**

Le comité interministériel d'audit des programmes a publié, en juin 2004, un avis sur le projet de programme « *santé publique et prévention* »⁽¹⁾

Plusieurs critiques et propositions méritent d'être citées. Elles figurent dans l'encadré présenté en page suivante.

(1) Avis sur le programme « *santé publique et prévention* » du ministère de la santé et de la protection sociale, rapport d'audit n° 2004-AI-R-avril 2004, Ministère de l'économie des finances et de l'industrie

Le comité constate, en premier lieu, que le **programme ne regroupe qu'une part très minime des dépenses consacrées à la prévention** et que les grands réseaux de prévention (médecine scolaire, médecine du travail, PMI, centres d'examen de santé) ne relèvent pas du programme. De nombreux ministères et la CNAMTS engagent aussi des dépenses à visée préventive. Il apparaît que des moyens d'actions essentiels échappent souvent au responsable du programme et relèvent d'autres départements ministériels. Le comité recommande pour améliorer la cohérence du programme de créer un document de politique transversale (DPT) consacré à la prévention, de fournir au sein du projet annuel de performance des informations sur les dépenses de prévention relevant du système de soins, d'unifier, au sein du programme SPP, les crédits consacrés à la lutte contre les pratiques addictives, de rapatrier vers le budget de l'État, pour permettre au contrôle parlementaire de s'exercer, les crédits de prévention gérés par la CNAMTS et enfin de nommer le programme « prévention » et non « santé publique et prévention ».

Le comité constate que le programme est structuré autour **d'actions (déterminants, pathologies, thématiques) qui sont plus des regroupements de problèmes de santé publique que de véritables actions**. C'est au niveau des sous-actions (tabac, alcool, cancer, SIDA...) que l'on rencontre des notions qui ont du sens et qui renseignent véritablement sur la destination des crédits. Les sous-actions sont multiples (26) et de portée diverse. Parmi les 26 sous-actions, 14 mobilisent moins de 1 million d'euros de crédits et trois sous-actions représentent à elles seules 114 millions d'euros sur 140 millions d'euros. **Le comité recommande donc de simplifier et de hiérarchiser le programme autour de quatre actions** (lutte contre les pratiques addictives, promotion des comportements favorables à la santé, cancer, SIDA) avec des extensions éventuelles (suicide, hépatites). Une action supplémentaire, nommée « expertise, animation et pilotage de la politique de prévention », aurait vocation à rassembler les autres crédits consacrés à des thèmes pour lesquels la DGS n'est pas un acteur majeur et direct mais pour lesquels elle a vocation à établir des références et des normes, à jouer un rôle « d'autorité » ou de conseil vis-à-vis d'autres acteurs.

S'agissant **des objectifs et des indicateurs**, le comité constate que le projet annuel de performance a souffert, de la difficulté à se détacher de la loi relative à la politique de santé publique. Il n'existe pas de déclinaison d'objectifs au niveau même du programme, ni même au niveau des actions, il faut descendre jusqu'aux sous-actions, qui sont le premier niveau pertinent renvoyant à des politiques identifiées, pour trouver les premières propositions d'objectifs. Le comité constate que dans la mesure où ces sous-actions sont multiples et diverses, le nombre des objectifs va bien au-delà des 4 à 5 objectifs souhaitables dans la perspective d'une lecture aisée du programme par les parlementaires.

Surtout, **le projet annuel de performance ne retient pour pertinents que les objectifs d'impact socio-économique lointains qui sont pas directement maîtrisables par le responsable du programme**. Seuls les objectifs et les indicateurs des actions liées au champ de la prévention secondaire (dépistages, vaccinations...), qui se rapprochent d'une logique de prestation de service, sont relativement simples à appréhender et à définir de façon à rendre compte de l'action propre du programme. Mais ils ne représentent que la plus faible partie des actions menées.

En tout état de cause, le Comité suggère que l'ensemble des partenaires associés dans la politique de prévention, partagent les mêmes objectifs et retiennent des indicateurs communs, dans un document de politique transversale, ou dans des conventions de partenariats signés avec le ministère de la santé, contenant des objectifs et des indicateurs.

II.- UNE POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE ET DE PREVENTION LIMITEE

A.- LA LUTTE CONTRE LE CANCER : PRIORITE DU GOUVERNEMENT

Priorité présidentielle oblige, ce dont votre Rapporteur spécial ne peut que se féliciter, un effort est effectué en faveur de 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 est 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 en 2004. L'effort global contre le cancer est plus important, puisqu'il comprend des crédits extérieurs au programme « Santé publique-prévention ». Le total des crédits d'État mobilisés se monte à 55,2 millions d'euros.

Pour la poursuite du plan en 2005, une mesure nouvelle de 21,5 millions d'euros est présentée en projet de loi de finances, portant à 80,5 millions d'euros les crédits de l'État consacrés à la lutte contre le cancer.

Les objectifs fixés sont les suivants :

– l'augmentation du taux de participation des femmes au programme de dépistage organisé du cancer du sein, dont la généralisation sur l'ensemble du territoire a pu être opérée en 2004, et l'évaluation et l'expérimentation de programmes de dépistage organisés pour le cancer colo-rectal et le cancer du col de l'utérus. Au total, la participation de l'État, pour la création des structures de gestion de ces dépistages et leur fonctionnement, s'élèvera à 29 millions d'euros en 2005 ;

– la poursuite de la lutte contre les principaux facteurs de risque des cancers, en particulier le tabac et l'alcool (9,4 millions d'euros) ;

– le développement de l'information des patients et des familles, au travers en particulier du numéro d'appel national « Cancer info service » et d'un site internet (3 millions d'euros) ;

– le soutien aux organismes et associations nationales et les actions de formation professionnelle (1,6 millions d'euros) ;

– et la création de l'Institut National du Cancer (INCa). Après la mise en place d'un GIP de préfiguration opérationnelle dès juillet 2004, l'Institut permet d'asseoir cette politique de lutte contre le cancer sur une structure spécifique. Il est désormais en mesure d'assurer le pilotage et l'élaboration des référentiels de prise

en charge. Avec 21 millions d'euros de crédits supplémentaires en 2005, l'INCa sera financé à hauteur de 32 millions d'euros par le ministère de la Santé et de la protection sociale.

En outre, s'ajoute à l'effort budgétaire de l'État le financement par l'assurance maladie (9 millions d'euros en 2005) de la mise en œuvre des mesures relatives à l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer (organisation des soins, traitements). Les crédits attribués à la politique contre le cancer sont retracés dans le tableau suivant :

BUDGET DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER EN 2005

(en millions d'euros)

Mise en place des programmes de dépistages	29
Soutien aux associations	0,6
Lutte contre le tabac et l'alcool	9,4
Téléphonie sociale et site internet	3
Formation des professionnels	0,6
Programmes d'évaluation	0,5
Élaborations des guides médicaux	0,4
Mise en place de l'INCa	32
Registre du cancer (INVs)	3
Mission interministérielle	2
Total	80,5

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

B.- DES ACTIONS LIMITEES

Les crédits budgétaires consacrés à la politique de santé publique et de prévention devraient s'élever à 208,9 millions d'euros en 2005 alors qu'ils représentaient 189,08 millions d'euros en 2004, soit une hausse de 19,6 millions d'euros.

Cependant, cette augmentation sert principalement à financer la mise en place de l'Institut national du cancer (21 millions d'euros qui s'ajoutent aux 10 millions d'euros existants) et la mise en œuvre des plans nationaux de mobilisation contre le cancer (1 million d'euros), soit un budget total de 22 millions d'euros.

Du fait du financement de la lutte contre le cancer, les moyens destinés aux autres politiques de santé publique sont en baisse. La lutte contre le cancer constitue certes une priorité, mais on peut s'étonner de la baisse des crédits affectés aux autres politiques, laquelle apparaît peu cohérente avec l'affirmation du rôle de l'État dans ce domaine par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Les crédits affectés à des actions nouvelles ne représentent que 3,7 millions d'euros en 2005 et servent à financer les actions suivantes :

– le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives. 3,2 millions d'euros sont prévus pour lancer ce plan en 2005 ;

– le plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. 500.000 euros sont prévus en 2005 ;

– et le plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares. 0,3 million d'euros sont prévus en 2005.

Votre Rapporteur regrette la nouvelle baisse des moyens consacrés aux actions destinés aux publics les plus fragiles, relevant en particulier des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). **Après une baisse de 34 % en 2004, ces programmes en faveur des plus démunis devraient subir une nouvelle baisse de 17,9 % en 2005 pour s'élever à seulement 11 millions d'euros.** Il s'agit, 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.

III.– LA MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE VOIT SON ACTION COMPROMISE PAR LA REGULATION BUDGETAIRE

Les crédits de la MILDT devraient être regroupés au sein du programme « drogue et toxicomanie ».

L'action 1 « coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif » aura pour premier objectif de mobiliser l'ensemble des administratifs et partenaires autour des objectifs du plan et les indicateurs associés, qui devraient être le niveau de mise en œuvre par les ministères des objectifs du plan et le respect de l'interdiction de fumer dans les milieux collectifs. Le second objectif est de renforcer la cohérence de la politique publique au niveau central et territorial, les indicateurs associés sont le taux de réalisation des projets interministériels examinés en COPIL annuel, et le degré d'articulation des plans territoriaux avec les autres dispositifs locaux, et le degré de cofinancement des plans territoriaux.

L'action 2 « expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi » a pour objectif d'améliorer la pertinence des dispositifs expérimentaux d'intervention. Les indicateurs associés sont le taux des dispositifs expérimentaux jugés pertinents, et le taux de reprises des dispositifs pertinents par d'autres administrations et partenaires.

L'action 3 « coopération internationale » a pour objectif d'améliorer la pertinence des échanges internationaux en matière de lutte contre la drogue et l'indicateur est la pertinence des actions coordonnées d'assistance technique dans les zones géographiques prioritaires.

Votre Rapporteur spécial souligne que l'articulation entre ce programme et l'action « déterminants de santé » (tabac, drogue, alcool) mériterait d'être précisée. L'action et le programme devraient être rassemblés pour constituer un seul programme consacré à la lutte contre les dépendances. Les indicateurs témoignent de l'ambiguïté de l'architecture actuelle : alors que le programme santé publique contient des informations sur la consommation d'alcool et de tabac, le présent programme ne contient aucun indicateur sur la consommation de ces produits et se limite à évaluer la capacité de la MILDT à coordonner l'action des ministères et des services déconcentrés. Il faut que des indicateurs concernent l'efficacité de la politique sur les consommateurs de drogue (efficacité de la prise en charge, efficacité des numéros d'appels gratuits...).

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

C'est pourquoi, le **plan quinquennal proposé au Gouvernement par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et signé en juillet dernier, avec près de 10 mois de retard, a privilégié une approche pragmatique qui devrait permettre de répondre à la progression et aux évolutions de la consommation de drogues notamment chez les jeunes par des réponses adaptées aux différents produits. Encore faudrait-il que la MILDT se voit dotée des crédits nécessaires à son action, que ces 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 n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses.

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

B.– DES CREDITS INSTABLES, UN AVENIR INCERTAIN

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

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 sont les suivants :

– le maintien d'un montant significatif des crédits transférés aux ministères dans le prolongement des recommandations de la Cour des Comptes de 1998, une attention particulière étant apportée au dossier des précurseurs chimiques, au trafic dans les aéroports et aux actions de coopérations internationales dans les zones sensibles ;

– le financement des associations têtes de réseau partenaires de la MILDT, et des GIP DATIS ⁽¹⁾, OFDT ⁽²⁾, auquel s'est ajouté le CIFAD ⁽³⁾ créé en 2004 sous la forme de GIP pour mener des actions de formation à la lutte contre le trafic dans la zone des Caraïbes ;

– et la poursuite de la déconcentration des crédits vers les chefs de projet départementaux permettant la généralisation des plans départementaux de prévention, le financement des CIRDD (centres d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances) et des conventions départementales d'objectif Justice/Santé.

Dans ce cadre, la MILDT a souhaité prioriser les actions de prévention en direction des jeunes et renforcer sa collaboration avec l'Éducation Nationale pour l'application de la loi « Évin ». Par ailleurs, la MILDT finance depuis 2004, le dispositif de consultations « cannabis » qui permettra d'accueillir, dans chaque département, de façon anonyme et gratuite les jeunes qui ont des problèmes de toxicomanie.

(1) *Drogues Alcool Tabac Info Service*

(2) *Observatoire français des drogues et des toxicomanies*

(3) *Centre interministériel de formation anti-drogue*

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

Votre Rapporteur tient à souligner que la régulation budgétaire a remis en cause l'action de la MILDT en 2004 comme en 2003.

Ainsi, alors même que la dotation budgétaire de la mission inscrite en loi de finances pour 2004 était en baisse de plus de 16,5 % par rapport à 2002, les crédits réellement disponibles se montaient à seulement 28 millions d'euros en juillet 2004, en raison du gel de 10 millions d'euros de crédits. Votre Rapporteur spécial a donc attiré l'attention du Premier ministre sur cette situation particulièrement préoccupante. Il concluait : « *si des dégels de crédits n'intervenaient pas très rapidement, il deviendrait impossible pour la mission de*

financer les actions de ses associations partenaires et donc de mener à bien sa mission ». Si 6 millions d'euros ont été finalement dégelés fin juillet, 3 millions d'euros ont été annulés. Par ailleurs, les crédits du fonds de concours « produit des cessions de biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants »⁽¹⁾, gérés par la mission, qui ont représenté 596.000 euros en 2003, reportés intégralement sur l'exercice 2004, ont aussi fait l'objet d'un gel, levé très tardivement. Enfin, les arrêtés de transferts de crédits permettant le financement d'actions interministérielles ont aussi été publiés tardivement. **Il est regrettable que la MILDT subisse chaque année les affres de la régulation budgétaire. Elle ne pourra pas mettre en œuvre une politique efficace de lutte contre la drogue et la toxicomanie si elle est amputée chaque année de 10 % de ses moyens ou si ceux-ci ne sont disponibles qu'en fin d'année.**

Le budget n'est pas la seule source d'instabilité : bien que toujours rattachée aux services du Premier ministre, les 37 emplois budgétaires de la MILDT ont été, eux, transférés sur le budget « Santé solidarité », sans pour autant que les ministères mettant des agents à disposition de la MILDT 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 dégageant des agents de la MILDT est apparu fort opportun. Cette situation risque d'être particulièrement délicate dans le cadre de la mise en œuvre de la loi organique en 2006. Une clarification est indispensable.

Les crédits affectés à la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie devraient représenter, en 2005, 38,0 millions d'euros, soit une baisse de 0,1 % par rapport à la dotation de 2004 qui était de 38,038 millions d'euros. Il est essentiel que ces crédits soient préservés. 2005 sera en effet l'année de la mise en œuvre effective de l'ensemble des volets du plan gouvernemental.

Cette enveloppe devrait se répartir de la façon suivante, au sein du chapitre 47-16 :

– 5 millions d'euros sur l'article 10, pour accompagner les projets des ministères menés dans le cadre du plan ;

– 12 millions d'euros sur l'article 20 permettant le financement des 3 GIP, la recherche et l'appel à projet auprès du réseau associatif sur les objectifs du plan ;

– et 21 millions d'euros sur l'article 30 pour construire des plans départementaux de lutte contre les drogues.

Par ailleurs une **campagne de communication** grand public – télévision et radio – sur les effets du cannabis a été préparée en 2004. A l'issue de la procédure de consultation menée par l'INPES, elle sera lancée début 2005, tandis qu'un certain nombre de supports de communication et d'information seront élaborés. Le coût des actions de communication est estimé à 3,5 millions.

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

CHAPITRE III : LA POLITIQUE DE VEILLE ET DE SECURITE SANITAIRES

I.- DES MOYENS FINANCIERS QUI NE SONT PAS A LA HAUTEUR DES ENGAGEMENTS

A.- LA POLITIQUE DE VEILLE ET DE SECURITE SANITAIRES : UNE PRIORITE DU GOUVERNEMENT ?

L'année 2004 a été marquée par l'adoption de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui s'est attachée notamment à conforter le rôle de l'État en matière de veille et de sécurité sanitaire.

La politique de veille et de sécurité sanitaire n'a pourtant pas toujours semblé être une priorité pour le Gouvernement. En effet, l'exercice 2003 aura été marqué par une ponction sans précédent sur les budgets des différentes agences de sécurité sanitaire. Le niveau des fonds de roulement de ces établissements pouvait certes apparaître comme trop important, mais il était lié à leur montée en charge progressive et devait permettre de faire face à des projets de grande ampleur, notamment immobiliers. Votre Rapporteur spécial s'était vivement inquiété 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.

Les crises sanitaires récentes (canicule, légionellose, SRAS....) ont, semble-t-il, montré au Gouvernement la nécessité de renforcer notre dispositif de veille sanitaire. Le rebasage des dotations financées sur les crédits de l'État dans la loi de finances pour 2004 était bien le moins que pût faire le Gouvernement.

L'Agence de la biomédecine, créée par la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique devrait être opérationnelle au début de l'année prochaine. Elle sera créée à partir des moyens de l'établissement français des greffes. Le projet de budget prévoit de lui attribuer 2,4 millions d'euros de mesures nouvelles (créations de 4 emplois en année pleine et ajustement des crédits de l'établissement) soit un budget total de 10,2 millions d'euros.

En dehors de ces mesures nouvelles, le budget global des dotations aux agences devrait s'élever à 58,64 millions d'euros en 2005, soit une baisse de 9,85 % par rapport à 2004.

Il est regrettable que le renforcement des missions des agences de sécurité sanitaire ne s'accompagne pas d'un renforcement de leurs moyens. Alors que les missions de l'ensemble de ces agences sont renforcées les dotations de l'État sont au mieux, stables au pire baissées.

L'évolution des dotations de l'État aux agences de sécurité sanitaire est retracée dans le tableau suivant :

ÉVOLUTION DES DOTATIONS BUDGÉTAIRES DES AGENCES DE SÉCURITÉ SANITAIRE

(en millions d'euros)

	2004	2005	Évolution
Institut de veille sanitaire	37,66	31,964	- 15,12 %
Agence française de sécurité sanitaire environnementale	2,93	2,09	-28,67 %
Agence française de sécurité sanitaire des aliments	5,86	5,89	0,51 %
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	18,6	18,7	0,54 %
Total	65,05	58,64	- 9,85 %

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

La pertinence de ce dispositif et le rôle respectif des différentes agences, comme leur articulation avec les différents services de l'État intéressés, ont fait l'objet cette année d'une évaluation comme le prévoit la loi du 1^{er} juillet 1998. Cette évaluation, tout en montrant les progrès réalisés grâce à ces agences sanitaires, indique des pistes d'améliorations possibles. Un débat devra être organisé au Parlement dans les prochains mois sur ce sujet.

B.- LE DISPOSITIF D'ALERTE SANITAIRE : VERS UN VÉRITABLE RENFORCEMENT DES MOYENS ?

Dans le cadre de l'action « gestion des urgences, des situations exceptionnelles de des crises », on peut noter la mise en place des mesures nouvelles en faveur de la lutte contre le bioterrorisme et les situations exceptionnelles. La dotation de 3 millions d'euros, prévue dans le projet de budget se répartit de la manière suivante :

– un million d'euros pour le financement du fonds d'urgence créé par la loi relative à la politique de santé publique, dont le financement est également prévu par des crédits de l'assurance maladie ;

– un million d'euros au titre des frais de fonctionnement des campagnes de vaccination en cas de crise ;

– et un million d'euros pour les astreintes et la protection physique et de la surveillance continue des réseaux de distribution d'eaux potables.

Cette action fera également l'objet, comme les années antérieures, de financements spécifiques de l'assurance maladie notamment pour la prise en charge du plan de réponse à une pandémie grippale. En outre, devrait être mise en place une plate-forme téléphonique d'information du public sur les situations exceptionnelles (2,2 millions d'euros).

Par ailleurs, a été créé au sein du ministère de la santé, un département des situations d'urgence sanitaire doté d'une vingtaine d'emplois budgétaires. Il illustre la volonté de disposer d'une véritable capacité de réponse aux crises sanitaires, en s'appuyant à la fois sur le réseau de surveillance et d'alerte de l'InVS et sur l'action locale des préfetures et des services déconcentrés (DRASS et DDASS notamment).

L'exécution des crédits affectés à la sécurité sanitaire en 2004 contraste avec les priorités affichées du Gouvernement. En effet, la mise en œuvre des politiques de sécurité sanitaire a été très malmenée en 2004 par les gels budgétaires.

Les gels de crédits représentent, aujourd'hui, 785.000 euros sur l'article 10 du chapitre 47-12 « gestion des risques liés à l'environnement : dépenses non déconcentrées », sur une dotation de 3,35 millions d'euros, soit 23,43 % des crédits. Ces crédits sont affectés notamment à la gestion des risques liés à l'amiante et à la gestion des risques sanitaires liés à l'environnement et aux milieux de vie au niveau de l'administration centrale (DGS).

Les gels représentent 355.000 euros sur l'article 30 du chapitre 47-12 « lutte sanitaire infectieuse : dépenses non déconcentrées », sur une dotation de 1,38 million d'euros, soit 25,72 % de la dotation initiale. Ces crédits sont destinés à la lutte contre les maladies infectieuses au niveau de l'administration centrale (DGS).

C.- LE PROGRAMME « VEILLE ET SECURITE SANITAIRES », PREFIGURATION DE LA FUTURE MISSION INTERMINISTERIELLE « SECURITE SANITAIRE »

Dans le cadre de la préparation de la mise en œuvre de la loi organique, les crédits destinés à la veille et à la sécurité sanitaire sont regroupés au sein du programme « veille et sécurité sanitaires », doté de **116 millions d'euros**, répartis en fonction de la destination de la dépense en différenciant quatre types d'actions :

– l'action « veille, surveillance, expertise et alerte » est dotée de 57,4 millions d'euros,

– l'action « gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises » est dotée de 9,4 millions d'euros,

– l'action « production et mise en œuvre de règles, de recommandations, de décisions et autres » est dotée de 42,6 millions d'euros,

– l'action « information et formation » est dotée de 6,6 millions d'euros.

L'évolution des crédits du programme « sécurité sanitaire » est retracée dans le tableau suivant :

PROGRAMME : VEILLE ET SECURITE SANITAIRES

(en millions d'euros)

action	LFI 2004	PLF 2005
Veille, surveillance, expertise et alerte	54,05	57,44
Gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des risques	2,26	9,66
Production et mise en œuvre de règles, de recommandations, de décisions, et autres dispositifs	32,35	46,53
Information et formation	5,13	6,64
Total	96,80	120,28

Source : avant projet annuel de performance, mission interministérielle « sécurité sanitaire »

Comme l'a montré votre Rapporteur spécial, la future mission interministérielle « sécurité sanitaire » devrait regrouper les crédits du ministère de la Santé relatif à la veille et la sécurité sanitaires et les crédits du ministère de l'Agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales relatifs à la sécurité et la qualité sanitaire de l'alimentation.

La mission devrait se présenter de la façon suivante :

MISSION INTERMINISTÉRIELLE SÉCURITÉ SANITAIRE

(en millions d'euros)

	LFI 2004	PLF 2005
Programme : Veille et sécurité sanitaires	96.798.028	120.278.291
<i>Action 1</i> : Veille, surveillance, expertise et alerte	54.048.343	57.447.399
<i>Action 2</i> : Gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises	5.266.943	9.658.687
<i>Action 3</i> : Production et mise en œuvre de règles, de recommandations, de décisions et autres dispositifs	32.349.218	46.534.065
<i>Action 4</i> : Information et formation	5.133.514	6.638.140
Programme : sécurité et qualité sanitaires de l'alimentation	488.433.994	498.857.814
<i>Action 1</i> : Prévention des risques sanitaires et phytosanitaires	14.114.000	15.167.600
<i>Action 2</i> : Lutte contre les maladies animales et protection des animaux	107.035.018	105.724.799
<i>Action 3</i> : Prévention et gestion des risques sanitaires liés aux denrées alimentaires	17.172.994	16.119.000
<i>Action 4</i> : Acquisition et mobilisation des moyens scientifiques et techniques pour maîtriser les risques sanitaires	50.442.142	51.073.705
<i>Action 5</i> : Élimination des farines et des coproduits animaux	82.000.000	85.828.000
<i>Action 6</i> : Mise en œuvre de la politique de sécurité et de qualité sanitaires de l'alimentation	217.669.840	224.944.711
<i>Action 7</i> : Mise en œuvre des politiques pour le compte du ministère de l'environnement et du développement durable	—	—

Source : avant projet annuel de performance, mission interministérielle « sécurité sanitaire »

II.- LES AGENCES DE VEILLE ET DE SECURITE SANITAIRE

A.- L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE : DES MISSIONS RENFORCEES ET DES MOYENS FRAGILISES

1.- Une mission de veille sanitaire et d'alerte

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 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.

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. Elle a mis en évidence le manque de préparation de l'État pour déceler et réagir précocement face à un phénomène climatique imprévu d'une telle ampleur. Ainsi, l'InVS n'était pas destinataire des indicateurs d'activité sanitaire et météorologiques lui permettant d'analyser les tendances et d'alerter le ministère de la Santé précocement.

En conséquence, la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, a renforcé considérablement les missions de l'InVS en matière d'alerte et d'investigation.

Ainsi, en 2005, l'Institut réalisera un bilan des systèmes de surveillance et d'alerte (description des systèmes de surveillance des maladies infectieuses, identification des faiblesses, comparaison européennes, formulations à l'aide d'un groupe d'experts), et procédera à un renforcement structurel du système d'information. Le circuit des certificats de décès est donc en cours de révision de façon à assurer une remontée rapide des informations et à permettre, si nécessaire, d'alerter l'InVS en cas de situations anormales (article 13 de la loi relative à la politique de santé publique).

Par ailleurs, l'Institut voit ses missions renforcées. Dans le domaine de la **santé et de l'environnement**, l'InVS procédera au lancement de l'enquête de prévalence au début de 2005, mesure phare du PNSE. L'indicateur proposé est le nombre d'enfants de 1 à 6 ans ayant une plombémie supérieure à 100 milligrammes par litre de sang en population générale et dans les groupes à risque. Dans le domaine de **la santé et du travail**, à partir de 2005 l'InVS assurera une mission d'analyse régulière des données relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, sa mise en œuvre doit être définie avec les services compétents de la CNAM et des CPAM. Dans le domaine des **maladies infectieuses**, une surveillance de la couverture vaccinale sera mise en place, la coordination nationale de la surveillance de la grippe et la surveillance de la résistance aux anti-infectieux en ville seront renforcées.

2.- Le budget de L'InVS

En 2003, 74 % des crédits de fonctionnement ont été mandatés et 41 % des crédits d'investissement ont été consommés.

La faiblesse du taux d'exécution budgétaire en 2003 s'explique, s'agissant des recettes, du fait que l'institut a bénéficié de 2,8 millions d'euros de crédits supplémentaires en fin d'exercice (2 millions d'euros au titre du plan cancer et 0,8 million d'euros correspondant à des programmes européens 2000 et 2001 qui ont été soldés par la Commission), qui n'ont pu être réalisés courant 2003. Le fonds de roulement constaté à la clôture de l'exercice 2003 est de près de 10 millions d'euros, desquels il convient de retrancher : les crédits d'investissement engagés en 2003 mais non mandatés (0,77 million d'euros), les crédits d'investissement inscrits au budget 2003 au titre du schéma directeur informatique et non engagés (0,15 million d'euros), des crédits d'exploitation correspondant aux programmes d'activité (1,395 million d'euros), et des reports de crédits sur ressources affectées pour un montant de 2,323 millions d'euros.

En 2004, le budget de l'Institut s'élève à 48,68 millions d'euros, comme l'illustre le tableau suivant :

BUDGET DE L'INVS EN 2004

(en millions d'euros)

Recettes		Dépenses	
Subvention MSPS	34,124	Personnel	20,381
Subventions autres	3,534	Fonctionnement	18,072
Ressources affectées	3,347	Autres	3,899
Ressources propres	1,299	Investissement	6,328
Autres ressources	0,878		
Reprise sur fonds de roulement	5,498		
Total	48,680	Total	48,680

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

Le personnel de l'InVS comprend les emplois budgétaires suivants :

EFFECTIFS DE L'INVS

Catégories d'emplois	Emplois budgétaires
Catégorie 1	150
Catégorie 2	53,5
Catégorie 3	67
Catégorie 4	5
Total des emplois budgétaires	275,5

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

Le budget 2004 ne s'inscrit plus dans le cadre pluriannuel du contrat d'objectifs et de moyens (COM) qui avait fixé pour deux années, 2002 et 2003, les axes stratégiques et le programme des actions annuelles. Cet exercice est marqué par la mise en place d'un système d'alerte canicule et santé. L'augmentation de cette subvention financera, d'une part, le lancement des travaux de réaménagement des locaux et des achats immobiliers (à hauteur de 1,83 million d'euros), 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.

3.- L'InVS voit ses missions élargies et ses moyens fragilisés

En 2005, la subvention de l'État pour l'InVS s'établira à près de 31,96 millions d'euros, en recul de 15 % par rapport à 2004. Cette baisse de la dotation de l'État est permise par l'autorisation de prélèvement sur le fonds de roulement à hauteur de 4,3 millions d'euros. De plus, elle bénéficiera d'une dotation de 500.000 euros au titre du financement de la première phase du Plan National Santé Environnement (PNSE).

Il n'est pas certain que les moyens de l'Institut, et notamment la faible progression du nombre d'emplois budgétaires depuis 2004, lui permettent 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.

Si, moyennant l'autorisation de prélèvement sur le fond de roulement, les moyens financiers de l'Agence sont préservés en 2005, on ne peut que s'étonner que ces moyens ne soient pas renforcés dans le cadre de la mise en œuvre de ses nouvelles missions.

Ainsi, s'agissant de ses missions en matière d'alerte sanitaire, l'Institut voit ses activités changer de dimensionnement. Alors que, jusqu'à présent, elle assurait le suivi de la situation sanitaire de populations limitées (par exemples les hémophiles), elle devra à l'avenir le faire sur des franges de populations beaucoup plus larges. Par exemple, dans le cadre du PNSE, l'Institut doit assurer le suivi

d'un grand nombre d'enfants tout au long de leur vie, pour évaluer les risques environnementaux auxquels ils sont confrontés. De même, il est question de mettre en place le même dispositif pour le suivi sanitaire des personnes âgées. Ces méthodes, répandues notamment aux États-Unis, requièrent des moyens considérables car pour permettre l'obtention de résultats fiables, il faut que la population concernée soit assez large. **Pourtant, le Gouvernement n'accorde aucun moyen supplémentaire à l'Institut, ce qui est très regrettable compte tenu de la priorité donnée au dispositif d'alerte sanitaire dans la loi relative à la santé publique.**

Surtout, en l'absence de créations d'emplois publics, l'InVS est obligé de recruter des personnes au moyen de contrats à durée déterminée sur des postes pourtant permanents. Cette situation fragilise considérablement son action et ce, d'autant plus qu'il rencontre des difficultés pour recruter des personnes hautement qualifiées en CCD et, qu'en outre, ces personnes ne restent dans leur poste qu'un temps limité, préférant travailler ailleurs, dans le cadre d'un CDI. La totalité des 21 personnes travaillant à la mise en œuvre du plan « cancer » sont en contrat à durée déterminée.

Votre Rapporteur ne peut que regretter que l'État ne donne pas à l'InVS les effectifs permanents et stables dont elle a pourtant besoin pour la mise en œuvre de la politique de veille et d'alerte sanitaire.

4.– Les centres nationaux de référence

Les centres nationaux de référence ont une mission d'expertise concernant la microbiologie ou la pathologie des agents infectieux. Ils contribuent également à la surveillance épidémiologique, ont un rôle d'alerte du ministère chargé de la santé et de l'Institut de Veille Sanitaire ainsi que de conseil auprès des pouvoirs publics et des professionnels de santé. Ces missions sont assurées par des équipes ayant des compétences reconnues et appartenant à différentes structures comme l'Institut Pasteur, des universités, des établissements hospitaliers, des agences ou des groupements d'intérêt public.

L'InVS devrait bénéficier en 2005 du transfert des moyens financiers des centres nationaux de référence, dont elle fixait jusqu'à maintenant le cahier des charges et dont elle assurait l'évaluation.

Ces centres nationaux devraient être dotés de **9,105 millions d'euros en 2005**, soit une progression de 5 millions d'euros par rapport à 2004 où leur dotation était de 4,1 millions d'euros. Le ministère souligne ainsi que « *le rôle des Centres nationaux de référence est primordial dans la surveillance des épidémies. Le renforcement des moyens nécessaires à ces centres est ainsi assuré dans le PLF avec l'inscription d'une mesure nouvelle de 5 millions d'euros. La gestion de ces centres sera à l'avenir assurée par l'InVS pour une meilleure coordination du système de veille sanitaire.* »⁽¹⁾

(1) Dossier de presse du 22 septembre 2004

Votre Rapporteur spécial tient à souligner que l'augmentation des dotations des centres de référence n'a de sens que si ces dotations peuvent être effectivement consommées. Ainsi, l'action de ces centres est actuellement compromise par l'ampleur des gels budgétaires qui représentent, aujourd'hui, 1,344 million d'euros, soit 32,14 % des crédits votés en loi de finances initiale – de 4,105 millions d'euros – et 16,25 % des crédits disponibles, qui atteignent 8,27 millions d'euros.

N'est-il pas contradictoire de faire de l'action des centres nationaux de référence une priorité et de les amputer dans le même temps d'un tiers de leurs moyens budgétaires ?

B.– LA MONTEE EN CHARGE DE L'AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE ENVIRONNEMENTALE (AFSSE)

1.– Les missions de l'Agence

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. L'établissement est placé sous la tutelle des ministres chargés de l'environnement et de la santé. Elle a pour mission de contribuer à assurer la sécurité sanitaire dans le domaine de l'environnement et d'évaluer les risques sanitaires liés à l'environnement (perturbations des milieux et de l'environnement naturel, du travail et de la vie quotidienne provoquées par les substances et nuisances de toute nature) dans le but de protéger la santé humaine.

Elle a pour vocation :

- de fournir au Gouvernement, par tout moyen, l'expertise et l'appui scientifique et technique nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires, dont notamment les mesures de transposition de directives européennes,
- de procéder ou faire procéder à toute expertise, analyse ou étude utile,
- de coordonner l'intervention des services de l'État dans son domaine de compétences,
- et de définir et financer des programmes de recherche scientifique et technique.

2.– Les moyens de l'Agence

a) Le budget

L'Agence n'a réellement commencé à fonctionner qu'en fin d'année 2002. L'essentiel des dépenses effectuées en 2002 correspondait à l'achat de biens d'équipement (investissement). Le compte de résultat de l'exercice clos le 31 décembre 2002 s'est donc fort logiquement soldé par un excédent de 1,60 million d'euros.

En 2003, les crédits de fonctionnement ont été consommés à hauteur de 59 %. Le taux d'exécution est de 84 % sur la section d'investissement. Ces taux faibles sont significatifs d'un établissement en phase de démarrage. La section de fonctionnement, directement tributaire des comptes de personnel, subit l'effet du rythme des recrutements. Le fonds de roulement constaté à la clôture de l'exercice 2003 est de près de 3,29 millions d'euros duquel il convient de retrancher 0,56 million d'euros prélevés pour équilibrer le budget primitif 2004.

En 2004, le budget de l'AFSSE atteint 7,91 millions d'euros. Les recettes et dépenses de l'Agence sont retracées dans le tableau suivant :

BUDGET DE L'AFSSE EN 2004

(en millions d'euros)

Recettes	
Subventions	5,25
<i>dont subvention du ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées</i>	2,92
Taxes et redevances (biocide)	1,54
Amortissement	0,08
Autres ressources ⁽¹⁾	0,08
Prélèvement sur fond de roulement	0,96
Dépenses	
Personnel	2,83
Fonctionnement	4,74
Investissement	0,34
Total en recettes et en dépenses	7,91

(1) produits financiers et autres subventions

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

En 2005, la subvention du ministère de la santé devrait s'élever à 2,09 millions d'euros, en progression de 8,3 %. Ce montant a été ajusté pour financer, d'une part, les mesures de reconduction (GVT) et, d'autre part, le coût des mesures nouvelles inéluctables, c'est-à-dire le renforcement des missions de l'AFSSE conséquentes à la transposition en droit français de la directive du Parlement européen et du Conseil du 16 février 1998 concernant la mise sur le marché des produits biocides.

b) Les effectifs

En effectif physique, l'agence comptait 25 personnes fin 2003, et 34 personnes fin juin 2004. Les recrutements en cours ou prévus conduiront à utiliser d'ici à la fin de l'année 2004 tous les emplois ouverts au budget primitif 2004, soit 38 emplois autorisés, tenant compte des 9 emplois supplémentaires prévus par la loi de finances initiale pour 2004.

Par ailleurs, l'Agence a sollicité en juin 2004 l'autorisation de recruter quelques agents supplémentaires (à hauteur de 3,5 équivalents temps plein) pour assurer ses missions de coordination et de synthèse dans la procédure d'évaluation des biocides dont la mise en œuvre a officiellement commencé à partir de la parution du décret du 26 février 2004 et après le dépôt des premiers dossiers (mars et avril 2004). Cette autorisation est acquise dans son principe.

Le personnel de l'AFSSE comprend les emplois budgétaires suivants :

EFFECTIFS DE L'AFSSE

En équivalent temps plein	TOTAL
Catégorie A	28
Catégorie B	9
Catégorie C	1
Total	38⁽¹⁾

(1) L'AFSSE dispose de 2 agents mis à disposition

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

3.– Le premier bilan de l'action de l'AFSSE

L'année 2003 a été la première année complète de fonctionnement, avec l'engagement de dossiers importants, malgré des effectifs très réduits au premier semestre. En 2004, l'agence a dû faire face à une montée en charge rapide des saisines et des travaux. Elle a cependant poursuivi sa structuration interne, ainsi que celle du réseau de partenaires dont elle a en charge l'organisation et l'animation.

L'AFSSE a désormais exploré, engagé ou mené à bien des travaux dans chacun des domaines dans lesquels il lui a été demandé de s'impliquer :

- mobilisation de l'expertise pour l'évaluation des risques sanitaires liés à l'environnement ;
- analyse et développement d'outils et de méthodes pour l'évaluation des risques ;
- rôle de l'AFSSE dans les procédures européennes d'évaluation et d'autorisation de mise sur le marché de produits chimiques ;
- participation aux travaux d'élaboration du Plan national santé-environnement (PNSE 2004-2008) ;
- mobilisation de l'effort de recherche en appui aux politiques de précaution et de prévention en santé environnementale ;
- et l'information scientifique et le soutien au débat public.

4.– Le plan national de santé environnementale (PNSE)

Le plan national santé environnement (PNSE) a été adopté en juin 2004. Ce plan, fondé sur un diagnostic de l'état des risques sanitaires liés à l'environnement dans notre pays, identifie les 45 principales actions à mettre en œuvre entre 2004 et 2008 afin d'améliorer la santé des Français en lien avec la qualité de leur environnement. Le PNSE 2004-2008 poursuit trois objectifs prioritaires : respirer un air et boire une eau de bonne qualité, prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers, mieux informer le public et protéger les populations sensibles.

En 2005, le ministère chargé de la santé, grâce notamment aux 3,5 millions d'euros de mesures nouvelles affectées à ce plan, va cofinancer les actions suivantes :

– constitution et suivi d'une cohorte de 100.000 enfants par l'InVS afin de mesurer l'évolution de leur imprégnation aux polluants environnementaux et d'établir des relations entre les effets sanitaires observés et leurs expositions environnementales,

– réalisation par l'INPES de campagnes d'information et de sensibilisation pour la prévention de l'asthme, des allergies, des intoxications au monoxyde de carbone, des effets sanitaires de la canicule ou des produits chimiques,

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

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

C.- L'ACTION DE L'AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE DES ALIMENTS MALMENEES PAR LA REGULATION BUDGETAIRE

L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) a pour mission de garantir la sécurité sanitaire dans le domaine de l'alimentation depuis la production de matières premières jusqu'à la distribution au consommateur. À cette fin, l'AFSSA évalue les risques nutritionnels et sanitaires que peuvent présenter les aliments destinés à l'homme ou aux animaux ; elle fournit également l'appui scientifique et technique nécessaire à la mise en œuvre des mesures prévues par le Code rural. L'établissement est placé sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'agriculture et de la consommation.

Les subventions de l'État représentent 8 % du total des recettes de l'AFSSA, le complément étant couvert par des ressources propres à l'établissement. 80 % des subventions de l'État sont versées par le ministère de l'Agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales, et près de 11 % par le ministère de la Santé.

Votre Rapporteur tient à déplorer que l'action de l'Agence ait été compromise par l'ampleur de la régulation budgétaire. En effet, l'exercice 2003 a été marqué par des mesures de régulation budgétaire et par des incertitudes sur le niveau des ressources. Pour la deuxième année consécutive, l'Agence a été autorisée à adopter un budget primitif en déséquilibre. Mais en dépit des importantes mesures de régulation (le montant total des annulations de crédits de subvention du ministère chargé de l'agriculture s'élevant à 4,4 millions d'euros),

le déficit final de l'exercice ne s'élève qu'à 6,58 millions d'euros. Au delà de ces seules dotations, les crédits d'études et de recherche dévolus à l'AFSSA ont été fortement réduits. Le fonds de roulement constaté à la clôture de l'exercice 2003 était de près de 17 millions d'euros, desquels il convient de retrancher 8,9 millions d'euros d'investissements engagés en 2003, et 1,01 million d'euros prélevés pour équilibrer le budget primitif 2004.

En 2004, le budget de l'AFSSA se fixe 90,2 millions d'euros.

BUDGET DE L'AFSSA EN 2004

(en millions d'euros)

Recettes		Dépenses	
Subventions État	44,62		
<i>dont subvention ministère de la santé</i>	5,86	Personnel	39,93
Taxes et redevances	3,57		
Ventes de produits et services	9,34	Fonctionnement	27,93
Autres ressources	11,14		
Recettes d'investissement	9,62	Investissement	22,34
Reprise sur fonds de roulement	11,91		
Total	90,20	Total	90,20

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

Le personnel de l'AFSSA comprend les emplois budgétaires suivants :

EFFECTIFS DE L'AFSSA

Catégories d'emplois	Effectifs
Emplois fonctionnels et de direction	11
Contractuels	151
Personnel scientifique	511
Total des emplois budgétaires	673

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

En 2005, la subvention du ministère de la santé devrait s'établir à plus de 5,89 millions d'euros, en légère augmentation de 0,04 % par rapport à 2004. Elle correspond à la subvention 2004 augmentée des mesures de reconduction (GVT).

D.– UN ELARGISSEMENT DES COMPETENCES DE L'AFSSAPS SANS FINANCEMENT SUPPLÉMENTAIRE DE L'ÉTAT

Le présent projet de loi comportant deux articles 78 et 79 destinés à majorer une série de taxes et redevances affectés à l'Agence, votre Rapporteur spécial renvoie à son commentaire sur cet article (*infra*).

Le projet de loi de finances prévoit :

– **une augmentation de la taxe perçue par l'Agence pour l'exécution du contrôle de qualité des analyses de biologie médicale** car les charges de fonctionnement résultant de ce contrôle ont augmenté du fait de son renforcement par des dispositions réglementaires, notamment par le décret du 2004-650 du 4 juillet. Ces contrôles représentent ainsi pour l'agence un coût de 3,6 millions d'euros, alors que la taxe représente une recette de 1,8 million d'euros. Une recette supplémentaire de 0,8 million d'euros est attendue de cette augmentation ;

– **et la création d'une taxe sur le dépôt des demandes d'autorisations d'essais cliniques**, en raison des nouvelles compétences de l'Agence dans ce domaine prévues par l'article 90 de la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, qui transpose l'article 9 de la directive européenne n° 2001-20 du 4 avril 2001. Cette modification législative va profondément modifier la gestion des essais cliniques puisque l'Agence devra les autoriser dans un délai maximal de soixante jours, alors que jusqu'à présent les essais sur les médicaments et les autres produits de santé (dispositifs médicaux, produits cosmétiques, etc.) donnaient lieu à une simple déclaration. 5 postes d'agents supplémentaires devront être créés. **Le montant attendu de cette taxe est de 1,7 million d'euros.**

L'augmentation des ressources de l'Agence apparaît pleinement justifiée à votre Rapporteur spécial compte tenu des nouvelles compétences qui lui incombent. Cependant, la dotation de l'État reste stable puisqu'elle passe de 18,6 millions d'euros à 18,7 millions d'euros, soit une augmentation de 0,54 %. Compte tenu des engagements pris par le Gouvernement en matière de sécurité sanitaire dans la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, on aurait pu attendre une implication plus grande de l'État dans le renforcement des moyens de l'Agence.

E.– LA MISE EN PLACE DE L'AGENCE DE BIOMEDECINE

1.– Le périmètre final de l'Agence est encore flou

La création de l'Agence de la biomédecine est prévue par la loi n° 2004–800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique. Elle se substitue à l'Agence de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaine (APEGH) 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 l'année dernière, votre Rapporteur spécial s'était 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* ». Cette année, il n'est pas fait mention de cette éventualité.

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 2005

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

BUDGET ET EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DES GREFFES

(en millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003	2004
Budget (fonctionnement et investissement)	13,42	14,17	18,5	20,02	20,76
Subvention État « santé – solidarité »	4,29	4,29	4,13	1,16	4,91
<i>Part de la subvention dans le budget</i>	<i>31,9 %</i>	<i>30,3 %</i>	<i>22,3 %</i>	<i>5,8 %</i>	<i>23,5 %</i>
Effectifs	126	140	155	157	161

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

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.

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, renforcé progressivement en 2004 et en 2005. Ainsi, 16 emplois ont été créés en 2004 au titre de l'activité de l'Agence de biomédecine et 4 emplois ont par ailleurs été attribués à l'Établissement français des greffes pour préparer la création de l'Agence. En 2005, 5 emplois s'ajoutent à ces effectifs. Au delà de ces recrutements, il est prévu le transfert, au sein du personnel de l'agence, du personnel de l'association « France greffe de moelle » (FGM). Cette association gère en effet le fichier des donneurs volontaires de moelle osseuse dont la gestion est confiée à l'agence par le B de l'article 1^{er} de la loi relative à la bioéthique. Ce transfert de gestion et de personnel devrait se dérouler par étapes étant donné qu'il est subordonné à un certain nombre d'actes et de procédures qui conduiront l'association soit à décider sa dissolution, soit à modifier ses statuts. Une mission IGAS est en cours pour préparer cette intégration. De plus, l'Agence pourra faire appel à des experts, en tant que de besoin, pour traiter de questions scientifiques et techniques particulièrement pointues.

En 2004, la subvention versée par l'État pour l'Établissement français des greffes s'élève à 4,816 millions d'euros auxquels s'ajoutent les 0,7 million d'euros au titre de l'Agence de biomédecine, soit 5,516 millions d'euros.

En 2005, sera mise en place l'Agence de biomédecine, la subvention de l'État devrait dès lors s'élever à 10,218 millions d'euros. Cette dotation devrait permettre :

– de couvrir le montant nécessaire au rebasage du montant prélevé sur fonds de roulement en 2004 pour financer des besoins pérennes de fonctionnement, soit 0,97 million d'euros (un tiers de 2,910 millions d'euros) ;

– de financer le surcoût de fonctionnement dû au déménagement à Saint-Denis pour un montant de 1,307 million d'euros,

– de bénéficier de 4 postes nouveaux (93.000 euros), de 40 médecins experts à quart de temps (293.000 euros), de créer le fond de roulement nécessaire à la reprise de France Greffe de moelle (543.000 euros) et de financer les dépenses de communication et d'informatique (1,67 million d'euros).

F.– L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

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.

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.

Deux chantiers sont particulièrement importants :

– **l'élaboration des nouveaux schémas territoriaux de la transfusion sanguine pour la période 2004-2009.** Ceux-ci ayant une durée de cinq ans, la réflexion pour l'élaboration des nouveaux schémas 2004-2009 a commencé dès l'année 2003 par une évaluation des présents schémas. Toutefois il a été récemment proposé de proroger ces schémas d'un an afin de faire coïncider les nouveaux schémas avec les SROS de troisième génération. Cette idée est cohérente avec les dispositions prévues par l'ordonnance du 1^{er} juillet 2004 qui prévoit la suppression des commissions de la transfusion sanguine (COTS), commissions placées auprès du préfet de région, leur avis étant remplacé par celui des préfets de région (DRASS) au regard des SROS ;

– **la mise en œuvre du contrat d'objectifs et de moyens entre l'État et l'établissement.** 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, et 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 IV : L'ÉTAT SE DESENGAGE DE L'ORGANISATION DES SOINS

Les crédits destinés à l'offre et à l'accès aux soins devraient représenter 788,86 millions d'euros en 2005, soit une baisse de 31,67 %, par rapport à 2004.

Le tableau suivant montre l'ampleur du désengagement de l'État :

OFFRE DE SOINS ET ACCES AUX SOINS

(en millions d'euros)

Chapitre	intitulé	LFI 2004	PLF 2005	Évolution (en %)
Titre III				
<i>Chap. 36-81/art.93</i>	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	1,359	1,057	- 22,22
Titre IV				
<i>Chap.43-32</i>	Professions médicales et paramédicales. Formation et recyclage	145,99	69,236	- 52,57
<i>Chap.46-22</i>	Remb. aux organismes de sécurité sociale dépenses IVG	-	-	-
<i>Chap.46-82/art.10</i>	Contribution État au fonds de financement de la CMU-C	945,560	660,577	- 30,1
<i>Chap.47-19</i>	Organisation du système de soins	46,193	46,471	+ 0,6
Total des dépenses ordinaires		1.140,104	777,342	-31,81
Titre V				
<i>Chap.57-93/art.81</i>	Équipements administratifs, sanitaires et sociaux. Secours d'urgence	-	-	-
<i>Chap.57-93/art.82</i>	Équipements adm., sanitaires et sociaux. Programme civil de défense	3	1,618	- 46,06
Titre VI				
<i>Chap.66-11</i>	Subvention d'équipement sanitaire	11,60	10	-13,79
Total des dépenses en capital		14,599	11,618	- 20,41
Total		1.154,70	788,96	-31,67

Source : projet de loi de finances.

S'agissant de la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances, l'ensemble de ces crédits devrait être regroupé dans le programme « offre de soins et qualité du système de soins ». Ce programme serait décliné en trois actions : « niveau et qualité de l'offre de soins », « accessibilité de l'offre de soins » et « soutien ».

Les objectifs sont les suivants :

– « accroître la qualité de l'offre de soins », et l'indicateur associé est le niveau de satisfaction des usagers du système de soins ;

– « prévenir les maladies nosocomiales », et les indicateurs associés sont le pourcentage d'établissements ayant mis en place un tableau de bord des infections nosocomiales, et le taux de prévalence des principales infections nosocomiales dans les établissements disposant d'un tableau de bord depuis 2002 ;

– « améliorer la prise en charge des patients et réduire son coût par le développement de l'hospitalisation à domicile », l'indicateur associée étant le nombre de places d'hospitalisation à domicile ;

– et le dernier objectif est l'amélioration de la rapidité de la prise en charge de la population par une unité d'urgence, l'indicateur associé étant le pourcentage de la population résidant à moins de 30 minutes d'un SMUR.

Ces objectifs et ces indicateurs apparaissent dans l'ensemble pertinents. Cependant, plusieurs améliorations peuvent être apportées. Ainsi, il serait nécessaire que soit précisé l'articulation entre l'action « accès aux soins » et le programme « protection maladie complémentaire » qui figure dans la mission « solidarité et intégration ». Par ailleurs, compte tenu de son importance, l'objectif « accroître la qualité de l'offre de soins » pourrait être assorti de plus qu'un seul indicateur.

I.- L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER LAISSE A LA CHARGE DE L'ASSURANCE MALADIE

Les subventions d'équipement sanitaire ne devraient plus représenter que 10 millions d'euros de crédits de paiement en 2005, soit une baisse de 13,79 % par rapport à 2004, où la subvention n'était déjà que de 11,6 millions d'euros. Aucune autorisation de programme n'est demandée en 2005.

1.- La disparition de toute aide d'État à la restructuration hospitalière

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.

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. Le chapitre 66-12 a été supprimé par la loi de finances pour 2004.

Votre Rapporteur spécial tient à rappeler que 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.– Les subventions d'équipements sanitaires se limitent à l'exécution des contrats de développement d'outre-mer

La participation de l'État, sous forme de subventions d'équipement sanitaire inscrite au chapitre 66–11, est allée en diminuant depuis 1993, pour se limiter depuis 2003 à l'exécution des contrats de développement – qui s'appliquent aux services de santé Outre-mer. Depuis 2003, les contrats de plan État-régions concernant les services de santé métropolitains et DOM ont vu la poursuite de leur financement prise en charge dans le cadre du « plan Hôpital 2007 ». Par ailleurs, également depuis 2003, le programme exceptionnel d'investissement pour la Corse, géré par le ministère de l'Intérieur, bénéficie entre autres d'un transfert de crédits provenant du chapitre 66-11 ⁽¹⁾.

En 2003, il n'y a pas eu de délégations d'autorisations de programme et les délégations de crédits de paiement se sont élevées à 12,60 millions d'euros. En 2004, les délégations d'autorisations de programme se sont élevées à 12,3 millions d'euros et les délégations de crédits de paiement se sont élevées à 8,3 millions d'euros. A cette dotation très limitée s'ajoutent les gels budgétaires – un million d'euros en 2004 – qui restreignent encore les subventions d'investissement de l'État. **La prévision d'ouverture de crédits dans le projet de budget pour le chapitre 66-11 s'élève à 11 millions d'euros de crédits de paiement.**

ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DES SUBVENTIONS D'INVESTISSEMENT SANITAIRES
(CHAPITRE 66–11)

(en millions d'euros)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Autorisations de programme	6,9	0	0	0	6,43	8,40	0	12,3
Crédits de paiement	37,47	20,7	16,9	26,2	18,48	15,47	12,60	8,3

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

II.– LE PILOTAGE DE L'OFFRE DE SOINS : UN DISPOSITIF EN MUTATION

1.– La loi relative à l'assurance maladie n'a pas transformé 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 **27,81 millions d'euros pour 2004 dont 19,21 millions d'euros de subvention versée par l'État (chapitre 47-19, article 10)** et 3,13 millions d'euros de contributions des régimes d'assurance maladie.

(1) Ces transferts se sont élevés en 2003 à 5,08 millions d'euros en autorisations de programme, et en 2004 à 4 millions d'euros en AP et à 2,61 millions d'euros en crédits de paiement.

Chaque agence a par ailleurs bénéficié de crédits spécifiques d'un montant global de 5,47 millions d'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 ».

Les moyens budgétaires alloués aux ARH sur le chapitre 47-19, article 10, seront reconduits à l'identique pour 2005.

Les frais de personnel constituent l'essentiel des dépenses de fonctionnement des agences. Pour l'année 2004, ce poste s'élève à près de 18 millions d'euros soit, en moyenne, 65 % environ du budget de fonctionnement des ARH. Les agences disposent d'un personnel propre qui comprend des fonctionnaires relevant de la fonction publique de l'État, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière placés en position de détachement, des agents mis à disposition par les parties à la convention constitutive et, à titre subsidiaire, des agents contractuels.

Actuellement, 315 personnes au total sont employées au sein des ARH, y compris les 26 directeurs. Parmi les 289 collaborateurs directs de ceux-ci, 239 sont rémunérés sur le budget des agences et 50 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. 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.

Rappelons que les ARH ont reçu par ordonnance ⁽¹⁾ de nouvelles missions. Dans chaque région, une mission régionale de santé constituée de l'ARH et de l'URCAM assurera une meilleure coordination ville-hôpital.

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

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

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

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

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

Certes, dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le Gouvernement a prévu des expérimentations créant des agences régionales de santé en 2005. **Cependant, outre le fait qu'aucune information n'a été donnée sur les régions concernées, la dotation de l'État aux Agences régionales de l'Hospitalisation demeure constante : on peut donc légitimement douter de la mise en œuvre de ces expérimentations.**

2.– De l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé à la Haute autorité en santé

a) L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

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

(1) 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.

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 de près de 41 % depuis 2001 :

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE L'ANAES

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

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

L'agence dispose par ailleurs de 9 agents mis à disposition.

L'évolution de son budget entre 2003 et 2004 s'établit comme suit :

ÉVOLUTION DU BUDGET PRÉVISIONNEL DE L'ANAES

(en millions d'euros)

Ressources	2003	2004	Dépenses	2003	2004
Subventions	26,2	19,4	Personnel	21,5	23,3
dont ministère de la Santé	8,75	5,46	Fonctionnement	15,6	15,6
Autres ressources	8,03	9,82	Investissement	2,88	1,59
Prélèvement sur fonds de roulement	5,81	11,2			
Total	40,0	40,3	Total	40,0	40,3

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

En 2003, les crédits de la section de fonctionnement ont été consommés à hauteur de 90 %, ceux de la section d'investissement présentent un taux de consommation de 62 %. L'augmentation significative du taux de réalisation des dépenses de fonctionnement par rapport à 2002 reflète l'augmentation de l'activité de l'ANAES, la situation de plein emploi, la réorganisation des services qui ont permis de dégager des gains de productivité et une amélioration de, l'exécution du budget. Concernant les recettes, 506.000 euros, soit 5,7 % de la dotation de l'État à l'ANAES, ont été annulés en 2003. Les ressources propres ont été réalisées à 100 %. L'exercice a dégagé un résultat net comptable de -350.000 euros. Le fonds de roulement brut en clôture d'exercice était de 16,975 millions d'euros.

L'exercice **2004** est marqué par une augmentation de 8,28 % des charges de personnel due à l'application du décret du 7 mars 2003, à une situation de plein emploi au 31 décembre 2003 et à une baisse de 9,22 % des charges de fonctionnement qui reflète la gestion rigoureuse menée par l'ANAES. Le budget modifié 2004 dégage un résultat net comptable de – 10,474 millions d'euros. Le fonds de roulement prévisionnel brut, c'est-à-dire sans déduction de la réserve prudentielle d'un mois de fonctionnement serait, à la fin 2004, de 5,707 millions d'euros, et, après déduction de la réserve prudentielle, de 2,407 millions d'euros.

L'activité d'évaluation de l'agence en 2003 et 2004 a porté sur l'évaluation des technologies médicales (13 études en 2003 et 10 thèmes de travail en 2004), des recommandations de bonnes pratiques cliniques (18 recommandations en 2003 et 25 en 2004), sur 5 à 6 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 4.154 établissements au 31 décembre 2003 :

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

	1999	2000	2001	2002	2003	2004 ⁽¹⁾	2005 ⁽¹⁾
Visites initiales	9	66	164	298	605	715	750
Visites ciblées (2)	–	–	–	20	22	28	30
Procédure complète	–	31	97	225	480	650	680

(1) prévision

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

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

1,98 % des décisions du collège de l'accréditation ont été rendues sans recommandation, 87,7 % avec recommandation, 10,14 % avec réserve et 0,18 % 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, il s'élèverait à 8,52 millions d'euros en 2004. Elle pourrait représenter 9,08 millions d'euros en 2005, sous réserve des conséquences que pourrait induire la nouvelle procédure introduite par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui substitue la « certification », confiée à la Haute Autorité de santé, à l'accréditation actuellement mise en œuvre par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Elles pourraient affecter notamment le rythme d'entrée des établissements dans la procédure comme leur nombre, pour 2005.

La loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie substitue la Haute autorité de Santé à l'ANAES. La subvention de la nouvelle autorité publique sera de 9,646 millions d'euros. Elle intègre 1,7 million d'euros de mesures nouvelles.

b) La mise en place d'une Haute autorité en santé

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

La loi a confié à cette autorité deux missions principales :

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

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

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

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

La Haute Autorité de santé sera mise en place en 2005. Elle sera créée à partir de l'Agence nationale d'accréditation en santé (ANAES) et de la commission de transparence, de la commission d'évaluation des produits et prestations et du fonds de promotion de l'information médicale, dont la gestion est assurée par l'AFSSAPS . **Le projet de budget prévoit que la haute Autorité bénéficiera de 1,6 million d'euros de mesures nouvelles, dont la création de 5 emplois en année pleine, soit un budget de 11 millions d'euros.**

Votre Rapporteur spécial⁽¹⁾, lors de la discussion parlementaire, a montré les limites d'un tel dispositif :

– dans la mesure où les membres du collège de cette autorité doivent être choisies par des personnalités éminemment politiques⁽²⁾ : comment garantir une indépendance par rapport au pouvoir politique ?

– comment croire que cette Haute autorité aurait une vérité scientifique incontestable, alors même que l'article L. 161-37 nouveau du code de la sécurité sociale qui la met en place indique : « *dans l'exercice de ses missions, la Haute autorité tient compte des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique* » ? On peut difficilement accorder de la crédibilité scientifique à une autorité scientifique qui rend des avis en fonction des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique ;

– se pose aussi la question des rapports de la Haute autorité avec les organismes existants, notamment l'AFSSAPS , et l'INPES ;

– l'indépendance de l'autorité peut aussi être discutée : la Haute autorité dépendra notamment du « *produit des redevances pour services rendus* » et d'« *une fraction de 10 % du produit des contributions des entreprises de préparation de médicaments* ». Or quand on parle d'indépendance, ne faut-il pas aussi une indépendance absolue vis-à-vis du pouvoir économique ?

– enfin se pose la question des règles de déontologie qui sont peu précises et qui n'apportent pas de garanties suffisantes sur l'indépendance de la Haute autorité.

c) La création d'un Institut des données de santé

L'article 64 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit la création d'un Institut des données de santé dont l'objectif principal est de veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie et au partage des données, dans le respect du principe d'anonymat. Cet institut prendra la forme d'un groupement d'intérêt public. Il reprend également les missions exercées auparavant par le Conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie prévues aux articles L. 161-28-2 à 4 du code de la sécurité sociale.

Le projet de budget prévoit un budget de 100.000 euros pour la création du groupement d'intérêt public « Institut de données en santé » (article 80 du chapitre 47–19).

(1) *Compte rendu du deuxième séance du dimanche 11 juillet,*

(2) *Deux membres sont désignés par le Président de la République; deux par le président de l'Assemblée nationale, deux par le président du Sénat, et deux membres par le président du Conseil économique et social.*

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 national 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.

Depuis 2003, l'agence a accompagné la mise en œuvre de la tarification à l'activité. Le déploiement de la plateforme e-PMSI a permis de resserrer le calendrier de production des données du PMSI. Les travaux préparatoires au recueil des données du champ de la psychiatrie ont été poursuivis. L'agence a contribué aux évolutions des nomenclatures de santé et les systèmes d'information État-Assurance maladie ont été enrichis. Pour une meilleure information du ministère, des établissements et des ARH, l'agence développe des actions de communication et d'information.

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.

En 2003, première année complète de fonctionnement, les crédits de fonctionnement ont été consommés à hauteur de 62 %. Les charges de personnel représentent 70 % des charges de fonctionnement, 37 recrutements sur l'effectif total autorisé de 46 ont été effectués en 2003. Le taux de réalisation de ces dépenses,

soit 66,86 % reflète l'étalement de la prise en charge par l'ATIH de l'ensemble des personnels. Sur la section d'investissement, le taux d'exécution est de 78 %. Concernant les recettes la subvention de l'État et la contribution de l'assurance maladie ont été versées intégralement par rapport au budget initial pour s'établir respectivement à 2,896 millions d'euros et 1,448 million d'euros. Les recettes attendues de Parthage et du FMES se sont élevées à 0,379 million d'euros au lieu de 0,647 million d'euros prévus. Le fonds de roulement constaté à la clôture de l'exercice 2003 est de 3,195 millions d'euros.

En 2004, le budget présente deux caractéristiques majeures : la stabilité des emplois au niveau de 2003 et la réduction des dotations globales d'environ 6 % qui tient compte de la baisse des charges patronales de personnel surestimées en 2003 et d'une légère augmentation des ressources propres. A l'issue de la première véritable année de fonctionnement, les dépenses et les recettes 2004 ont été calibrées au plus près de la réalité, compte tenu des dépenses effectivement réalisées en 2003. Les investissements internes 2004 seront consacrés à deux dossiers importants : d'une part le développement de « Parthage décision » et d'autre part, la mise en œuvre dans les meilleures conditions d'e-PMSI. Pour ce dernier il s'agit de sécuriser et faire évoluer le système.

Le fonds de roulement net prévisionnel à la clôture de l'exercice 2004 compte tenu des prélèvements opérés à l'issu du budget prévisionnel et de la décision modificative de reports (1,653 million d'euros) et de la réserve prudentielle (0,422 million d'euros) pourrait s'établir à 1,120 million d'euros. Compte tenu de ces éléments, il est envisagé de procéder à un prélèvement sur fonds de roulement au titre du budget prévisionnel 2005.

L'évolution du budget de l'ATIH est retracée dans le tableau suivant :

BUDGET DE L'ATIH

(en millions d'euros)

Ressources			Dépenses		
	2003	2004		2003	2004
Subvention de l'État	1,45	1,36	Personnel	3,78	3,36
Contribution de l'assurance maladie	2,89	2,72	Fonctionnement	1,98	1,70
Autres ressources	0,672	1,03	Investissement	0,86	1,41
Recettes d'investissement	0,724	–	Autres	0,20	0,30
Prélèvement sur fonds de roulement	1,076	1,65			
Total	6,82	6,76	Total	6,82	6,76

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

L'effectif de l'ATIH est de 46 personnes, réparti de la façon suivante :

EFFECTIFS DE L'ATIH

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

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

En 2005, la subvention de l'ATIH prend en compte la nécessité de financer les mesures de reconduction qui s'élèvent à 0,100 million d'euros. Elles prennent principalement en compte le GVT et le financement des dépenses liées à l'amélioration des systèmes d'information collectant des données médicalisées (PMSI, Parthage et l'augmentation des baux de 5 %. La subvention a été calculée en fonction de l'augmentation prévisionnelle des ressources propres à hauteur de 0,386 million d'euros. Par ailleurs, un prélèvement sur fonds de roulement de 1,149 million d'euros permettra d'équilibrer le budget de l'établissement en 2005 et assurera ainsi partiellement un autofinancement de l'établissement.

En 2005, la dotation de l'État à l'ATIH sera de 1,01 million d'euros, soit une baisse de 22,22 % de ses crédits par rapport à 2004. Cette baisse est dommageable car le périmètre d'activités de l'agence a été étendu à la prise en charge de nouvelles nomenclatures et classifications et à la production de systèmes d'information du champ hospitalier comme, par exemple, l'enquête de statistiques annuelles d'établissements ou le répertoire des établissements sanitaires et sociaux.

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 2005 comme en 2004, cette subvention doit s'élever à 152.630 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 » n'est soutenu que 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.

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

Avec près de 200.000 professionnels connectés, plus de 70 millions de feuilles de soins électroniques reçues par mois, le système SESAM-Vitale assure la remontée de plus de 60 % des 1,3 milliard de feuilles de soins (FSE) traitées annuellement par l'assurance maladie. La montée en charge se poursuit mais désormais à un rythme plus lent : on estime que le taux de télétransmission devrait se stabiliser d'ici 2008 autour de 80 %.

Cette participation importante des professionnels de santé résulte notamment des aides financières importantes (aide à l'acquisition, aide à la maintenance, subvention au nombre de feuilles de soins électroniques, aide à la télé mise à jour des cartes, etc) qui représentent une dépense annuelle de 65 millions d'euros en 2003 et de 70 millions d'euros en 2004. Le dispositif SESAM-Vitale sera par ailleurs élargi prochainement aux transporteurs sanitaires.

L'évolution du projet SESAM-Vitale sera marquée par la diffusion en 2006 d'une carte de nouvelle génération, carte dite « Vitale 2 ». Elle sera individuelle et comportera, ainsi que dispose la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la photo du titulaire. Elle pourra contenir des informations sur les droits au remboursement par les assurances maladie complémentaires, permettant de leur transmettre directement des demandes de remboursement électroniques.

Le budget annuel du projet SESAM-Vitale est de 132,78 millions d'euros (prévision budgétaire 2004) et devrait s'accroître en 2006 lors de la phase de renouvellement des cartes pour atteindre 228 millions d'euros.

Les cartes de la famille « **carte de professionnel de santé** » (CPS) ont été créées comme outil de sécurisation des échanges pour les professionnels de santé dans le dispositif SESAM-Vitale. Au 15 juillet 2004, 275.800 cartes de professionnels de santé valides destinées aux professionnels du secteur libéral étaient en circulation (78,6 % des professionnels concernés sont dotés d'une carte), 206.400 cartes de professionnels employés (CPE) avaient été distribuées (essentiellement pour les préparateurs en pharmacie et les secrétaires médicales) de même que 65.400 cartes de tous types ont été distribuées à des professionnels salariés (environ 12 % de la population concernée). **Le nombre total de cartes en circulation est donc de 547.600.** De 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 : cet usage est encore peu développé mais devrait se développer à partir des logiciels de messagerie sécurisée homologuée par le GIP-CPS.

En 2004, 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 fixée par la convention constitutive, comme membre, du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées au GIP-CPS, incluant celle du ministère du budget et de la réforme budgétaire depuis la loi de finances pour 1998. La contribution totale de l'État au budget du GIP, à hauteur de 474.740 euros, représente seulement 22,30 % de la contribution des membres de cet organisme.

Le gouvernement a décidé, du fait de la gestion par le GIP-CPS de cet outil d'identification sécurisé des professionnels de santé et des certificats électroniques liés, de s'appuyer sur ce dispositif d'intérêt collectif pour y associer les outils destinés à améliorer la connaissance de la démographie des professionnels de santé, sujet actuel d'importance également considérable. Le GIP va en particulier héberger le nouveau répertoire national unique des professionnels de santé (dénommé répertoire partagé des professionnels de santé : RPPS), fusionnant les différents répertoires nationaux existants et fédérant autour de lui les différents acteurs concernés, tout en simplifiant les nombreuses démarches auxquels étaient astreints les professionnels de santé (inscription à l'Ordre, à la DDASS, au greffe du TGI, demande de carte CPS...).

De ce fait, les crédits inscrits pour 2005 sur le chapitre 47-19 (article 30) s'élèvent à 653.500 euros. Ils se décomposent en une mesure de reconduction des moyens accordés au GIP selon la convention constitutive et de mesures nouvelles à hauteur de 200.000 euros prévus pour le RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé) et d'une dotation nouvelle de 80.000 euros en provenance du chapitre 34-94 « statistiques et études générales », pour le financement des dépenses relatives à l'observatoire de la démographie. Ces financements représentent une contribution de l'État pour un tiers des dépenses, les deux tiers restant étant apportés par les autres partenaires dont la CNAMTS.

III.- LA FORMATION DANS LE CADRE DE LA DECENTRALISATION

A.- LE TRANSFERT DES ECOLES ET INSTITUTS DE FORMATION DE PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX ET DE SAGES-FEMMES AUX REGIONS

Les modes de financement des instituts et écoles de formation de professionnels paramédicaux diffèrent selon qu'ils sont ou non intégrés à un établissement hospitalier. Les instituts et écoles qui relèvent d'un établissement hospitalier sont financés par l'assurance maladie, les instituts et écoles sans support hospitalier essentiellement par une subvention de l'État. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement a décidé, à compter de 2002, de réserver les subventions d'État aux seconds. À la suite de cette réforme, les crédits inscrits en loi de finances initiale pour 2002 étaient en baisse de 49 %, du fait de la débudgétisation de la part de financement des instituts et écoles adossés à un support hospitalier. Le tableau suivant retrace l'évolution depuis 2000 des crédits inscrits en loi de finances sur le **chapitre 43-32, article 10** ainsi que leur répartition entre les structures de formation publiques et privées.

SUBVENTIONS AUX ÉCOLES ET INSTITUTS DE FORMATION DE SAGES-FEMMES ET DE PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX

(en milliers d'euros)

	2000	2001	2002	2003	2004
LFI	39.042	44.363	22.569	24.119	27.949
Gestion	0	14			—
Crédits disponibles	39.042	50.491			27.949
Écoles ou instituts publics			Écoles ou instituts avec support hospitalier		
Crédits	18.056	21.113	0	0	0
% du total	46	50	0	0	0
Nombre d'élèves ou d'étudiants	48.593	56.655	67.113	74.076	76.000
Montant par élève ou étudiant	0,372	0,443	0	0	0
Écoles ou instituts privés			Écoles ou instituts sans support hospitalier		
Crédits	20.986	25.301	22.569	24.119	27.494
% du total	54	50	100	100	100 %
Nombre d'élèves ou d'étudiants	11.907	13.610	11.185	10.876	11.130
Montant par élève ou étudiant (en euros)	1,762	1,859	2,018	2,228	2.511

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

On recense 460 structures publiques, 30 structures privées avec un support hospitalier, et 75 structures publiques ou privées sans support hospitalier :

En 2003, les crédits inscrits en loi de finance initiale s'élèvent à 24,12 millions d'euros, ils ont permis de subventionner 75 instituts de formation regroupant 10.826 étudiants et élèves. En 2004, les crédits inscrits en loi de finances initiales s'élèvent à 27,95 millions d'euros, ils intègrent une augmentation de crédit de l'ordre de 15,88 % qui a permis de prendre en charge la nouvelle augmentation du nombre d'étudiants admis à suivre l'enseignement conduisant au diplôme d'État d'infirmier. Ce nombre a été porté de 26.436 à 30.000 en septembre 2003. Ces crédits ont permis de subventionner 76 instituts de formation regroupant 11.130 étudiants et élèves.

La loi n °2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales transfère le fonctionnement des écoles et instituts de formation de professionnels paramédicaux et de sages-femmes aux régions. **Afin de mettre concrètement en œuvre cette décentralisation, elle interviendra en mi-année. En conséquence, le projet de budget prévoit que les crédits du chapitre 43-32 (article 10) seront ramenés à 12,785 millions d'euros.**

Les crédits du **chapitre 43-32, article 60**, paragraphe 10, financent les bourses d'études pour les étudiants qui effectuent des formations de santé. Quant aux bourses dont peuvent bénéficier les étudiants en médecine, en chirurgie dentaire ou en pharmacie, elles sont gérées par le ministère chargé de l'enseignement supérieur.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BOURSIERS PAR FORMATION

	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Sages-femmes	479	514	613	620
Aides-soignants	1.334	1.890	2.533	2.827
Auxiliaires de puériculture	499	552	586	556
Infirmiers	14.835	18.553	20.249	20.431
Pédicures-podologues	191	228	245	238
Techniciens en analyses biomédicales	102	100	105	107
Manipulateurs en électroradiologie médicale	369	399	408	410
Masseurs-kinésithérapeutes	586	580	635	671
Ergothérapeutes	161	169	186	186
Psychomotriciens	42	38	32	55
Total	18.598	23.023	25.592	26.101
<i>soit en bourses à taux plein</i>	<i>14.434</i>	<i>17.246</i>	<i>18.310</i>	<i>16.017</i>

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

Le montant de la bourse à taux plein s'élevait, pour la rentrée scolaire, de septembre 2002, à 3.262 euros. Ce montant a été revalorisé pour l'année scolaire 2003/2004 à hauteur de 3.501 euros, soit le montant de la bourse 5^{ème} échelon de l'Enseignement supérieur, compte tenu des crédits inscrits en loi de finances pour 2004, qui représentent 66,59 millions d'euros.

Les demandes de bourse sont instruites par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales puis soumises à l'avis des commissions départementales. L'attribution d'une bourse d'études se fait prioritairement sur le critère du quotient familial. Les revenus pris en compte sont les mêmes que ceux pris en compte par le ministère de l'enseignement supérieur.

B.- LES STAGES EXTRA-HOSPITALIERS ET L'ANNEE-RECHERCHE EN MANQUE DE MOYENS

1.- Les stages des étudiants ne sont pas entièrement financés

Les crédits inscrits à **l'article 21 du chapitre 43-32** sont délégués aux services déconcentrés de l'État pour financer :

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

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

– et les rémunérations des résidents en médecine en stage.

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

STAGES EXTRA-HOSPITALIERS DES RÉSIDENTS EN MÉDECINE (chapitre 43-32, article 21)
(en millions d'euros)

	1999	2000	2001	2002	2003
LFI dont :	38,14	38,14	38,14	8,07	48,07
- stages extra hospitaliers	6,67	6,67	6,67	8,07	8,07
- honoraires pédagogiques	6,08	6,08	6,08	(1)	8
- rémunération résidents	25,39	25,39	25,39	(1)	32
Reports	5,15	0,14	0,4	0,22	0
LFR année antérieure		9,44	4,57		12
Transfert de l'article 50 vers l'article 21		0,15			
Total des crédits disponibles	43,29	47,87	43,11	8,07	60,07
Demandes des services déconcentrés	53,22	62,63	73,02	39,51	72,96 (2)
dont dettes cumulées	9,93	14,75	29,9	32,65	35,55 (3)
Insuffisances					12,89 (2)

(1) Transfert vers l'assurance maladie.

(2) au 15 juillet

(3) au 31 décembre 2002

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

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

En 2005, les crédits ouverts sur le chapitre devraient s'élever à 46 millions d'euros et devraient conduire, compte tenu des prévisions de dépense sur 2005, à une insuffisance programmée de 8,3 millions d'euros.

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

Le dispositif de « l'année-recherche », financé sur **l'article 22 du chapitre 43-32**, permet à des internes en médecine, pharmacie et odontologie d'acquérir, pendant un an, une formation à la recherche en préparant un diplôme d'études approfondies. Ce parcours apporte un supplément de qualité à leur formation, particulièrement utile à ceux d'entre eux, les plus nombreux, qui ne se destinent pas à la recherche. Chaque année, un arrêté cosigné des ministres chargés de la santé, de l'enseignement supérieur et du budget détermine le pourcentage d'internes susceptible de bénéficier d'une telle formation.

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

ÉVOLUTION DES DOTATIONS DE L'ANNÉE-RECHERCHE

(en millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003	2004
LFI	5,46	5,46	5,46	5,45	5,45
Reports	0,32	0,06	0,15	1,72	0,49
LFR de l'année précédente	1,13	–	–	–	2,9
Transferts internes	–	–	–	–	0,02
Total des crédits disponibles	6,91	5,52	5,61	7,17	8,86
Insuffisances		2,76	2,76	2,96	1,13(1)

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

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

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

Les difficultés observées sur ce dispositif risquent de persévérer si une remise à niveau de la ligne n'est pas opérée en 2005 ; des demandes ont été réitérées en ce sens auprès du ministère chargé de la recherche qui négocie, dans le cadre du BCRD, les crédits affectés à l'année-recherche.

C.– LA FORMATION MEDICALE CONTINUE N'EST TOUJOURS PAS MISE EN ŒUVRE

À la suite de la concertation engagée avec l'ensemble des partenaires concernés sur l'organisation de la formation médicale continue, qu'il s'agisse de la formation professionnelle prévue par le code du travail, de la formation conventionnelle prévue par le code de la sécurité sociale ou du dispositif prévu par l'article 59 de la loi précitée du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, le Gouvernement a décidé d'apporter des modifications à ces dernières dispositions, avant même leur entrée en vigueur... Ces modifications, insérées dans la loi du 9 août relative à la politique de santé publique, recouvrent :

– la finalité de la formation médicale continue (amélioration de la qualité des soins, en particulier dans le domaine de la prévention) ;

– les moyens de satisfaire à l’obligation de formation (suivi d’une action de formation, participation à une procédure d’évaluation réalisée par un organisme agréé, présentation d’un dossier) ;

– l’abandon du principe des sanctions disciplinaires au profit de mécanismes d’incitation) ;

– la suppression du Fonds national de la formation médicale continue ;

– l’organisation régionale de la formation, par la mise en place d’un seul conseil régional au lieu de trois.

Sur la base des dispositions de la loi du 4 mars 2002 relatives aux instances nationales et au comité de coordination, le décret n° 2003–1077 du 14 novembre 2003 relatif aux conseils nationaux et au comité de coordination de la formation médicale continue organise le fonctionnement du dispositif national. Ce dispositif a été installé le 10 février dernier. Le dispositif régional, compte tenu des modifications insérées dans la loi relative à la santé publique, sera mis en place dans le courant de l’année.

D.– LA TRANSFORMATION DE L’ECOLE NATIONALE DE SANTE PUBLIQUE EN ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE

1.– L’École nationale de santé publique

En 2004, la subvention versée à l’École s’est élevée à 11,826 millions d’euros, soit 25,5 % des ressources de fonctionnement de l’établissement (46,17 millions d’euros). La diminution importante par rapport à 2003 résulte de la non reconduction des crédits versés en 2003 au titre du programme d’investissement. Le tableau suivant retrace le budget de l’ENSP :

BUDGET DE L’ENSP EN 2004

(en millions d’euros)

Ressources		Dépenses	
Subventions	13,467	Personnel	30,911
<i>dont subvention État</i>	<i>11,826</i>		
Produits de l’établissement :	32,737	Fonctionnement	16,305
Amortissement (dont reprise et neutralisation)	1,451	Investissement	1,319
Prélèvement fonds de roulement	0,881		
Total	48,535	Total	48,535

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

L'évolution des moyens humains, matériels et budgétaires de l'ENSP depuis 2000 est retracée dans le tableau suivant :

EVOLUTION DES MOYENS HUMAINS, MATERIELS ET BUDGETAIRES DE L'ENSP

(en millions d'euros)

	Subvention État	Autres subventions	Produit de l'établissement (1)	Total recettes de fonctionnement	Dépenses de personnel	Dépenses d'investissement	Effectif budgétaire
2000	9,66	1,5	23,37	34,53	19,73	1,7	262
2001	9,76	1,68	23,8	35,23	21,81	1,61	267
2002	9,1	1,74	23,77	34,61	23,73	2,25	272
2003	15,3	1,85	27,95	41,9	26,54	1,1	283
2004	11,8	1,61	32,74	46,17	30,91	1,32	283

(1) prestations ENSP, droits d'inscription, contributions hospitalières, etc

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

En 2005, la subvention devrait s'élever à 11,532 millions d'euros, elle intègre le GVT, le coût d'un emploi nouveau d'ingénieur de sécurité et de la titularisation de 6 emplois précaires et enfin une mesure nouvelle de 0,5 million d'euros pour la préparation de la future EHESP. De plus, elle tient compte, d'une part, d'une diminution de 0,6 million d'euros résultant du transfert vers l'administration centrale des crédits nécessaires au financement du perfectionnement à l'emploi des IASS-RIO, et, d'autre part, d'une hypothèse de prélèvement sur fonds de roulement de 1,785 million d'euros.

2.- Les contours de la nouvelle école des hautes études en santé publique restent à préciser

L'article 84 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a créé l'École des hautes études en santé publique (EHESP) qui bénéficiera d'un statut « éducation nationale » et fédérera les efforts actuels en matière de formation.

Le nouvel établissement n'est pas une structure supplémentaire créée *ex nihilo* : il vise à mettre en réseau les compétences existantes. L'ENSP n'est donc pas supprimée mais destinée à se transformer, à la tête d'un dispositif plus large qui favorisera les spécialisations et les coopérations des organismes concernés. Votre Rapporteur spécial remarque cependant que la loi, en supprimant la seule mention législative de l'ENSP (c'est-à-dire l'article L. 1415-1 du code de la santé publique), confère implicitement au pouvoir réglementaire une très large marge de manœuvre s'agissant de l'avenir de l'école.

Le statut du nouvel établissement est celui de « grand établissement ». Ce statut constitue une catégorie du statut de l'établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel (EPSCP). Si une « triple tutelle » a été évoquée, (santé, recherche et éducation), la loi ne mentionne pas de quelle autorité ministérielle relèvera le futur établissement. Les modalités de financement du futur établissement et les conditions de fonctionnement de l'ENSP à l'intérieur de l'école des hautes études en santé publique restent à définir.

En ce qui concerne l'organisation nationale des études et des formations en santé publique, cette mise en réseau permettra à la tutelle d'élaborer un schéma national cohérent de formation en santé publique. En particulier, les diplômes délivrés par l'EHESP devraient s'intégrer dans le cadre européen : formations bac + 3, « mastères » (bac + 5) et doctorat (bac + 8). Le statut d'un grand établissement de l'Éducation nationale, outre l'autonomie qu'il garantit, permettra au futur organisme de conclure facilement des conventions avec les autres établissements universitaires. Ce statut devrait donner à l'établissement une plus grande visibilité nationale et internationale.

La mise en œuvre du schéma national de formation en santé publique est de nature à remédier aux insuffisances qualitatives et quantitatives relevées plus haut. Néanmoins, il faudra sans doute des années avant que la future école des hautes études en santé publique – quelle que soit sa dénomination finale – puisse rivaliser de prestige avec ses homologues européennes ou des États-Unis.

IV.– LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE : UN DESENGAGEMENT DE L'ÉTAT AU DETRIMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

L'article 77 du projet de loi de finances prévoit d'affecter au fonds CMU, à compter du 1^{er} janvier 2005, l'intégralité du rendement de la cotisation sur les boissons alcooliques de plus de 25 degrés, précédemment affectée à la CNAMTS, soit 370 millions d'euros.

En contrepartie, en application de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, l'État versera aux régions les crédits pour le financement du fonctionnement des instituts et écoles de formation infirmiers et sages-femmes, dépense auparavant à la charge de l'assurance-maladie. Cela représente un transfert de charge de l'assurance maladie vers l'État de 270 millions d'euros. Seule la moitié est prise en charge par l'État en 2005, soit 175 millions d'euros. Pour compléter ce dispositif, l'article 42 du projet de loi de finances prévoit l'affectation de 1,09 milliard d'euros de droits sur les tabacs de l'État à la CNAMTS, dont 95 millions d'euros doivent équilibrer la perte de la cotisation sur les boissons alcooliques.

Au total, l'assurance maladie voit ses dépenses baisser de 175 millions d'euros et obtient 95 millions d'euros grâce à l'affectation de droits sur les tabacs, et perd 370 millions d'euros. **L'opération, présentée comme équilibrée, représente donc une perte pour l'assurance maladie de 100 millions d'euros.**

Parallèlement, la dotation de l'État au fonds CMU-C connaît une forte baisse puisqu'elle serait de 660,57 millions d'euros en 2005, contre 945,56 millions d'euros en 2004, soit une baisse 30,1 %.

Le désengagement de l'État est d'autant plus flagrant que l'article 140 de la loi de finances pour 2004 a modifié les conditions de remboursement des caisses primaires. Sous prétexte de mettre fin à la différence de traitement entre

organismes de sécurité sociale et organismes de protection sociale complémentaire, l'article 140 a supprimé le « *le versement aux organismes de sécurité sociale d'un montant égal aux dépenses* » supportées au titre de la CMU complémentaire, remboursement à l'euro près et l'a remplacé par un remboursement au forfait selon le mécanisme prévu pour les organismes complémentaires. Cette disposition a entraîné un **transfert de charge de l'État vers l'assurance maladie de 128 millions d'euros.**

Par ailleurs, l'article 56 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, a créé un crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels au profit des personnes ayant des revenus légèrement supérieurs au plafond CMU (jusqu'à 15 %). est aussi à la charge financière de la CNAMTS (soit 100 millions d'euros). Cette réforme n'est pas critiquable dans son principe – il est légitime de permettre à des publics défavorisés de bénéficier d'une assurance maladie complémentaire – mais dans son financement car l'article 56 prévoit que les dépenses du fonds de financement de la CMU (c'est-à-dire la perte de recettes résultant du crédit d'impôt) sont financées par une dotation globale de l'assurance maladie. **Le projet de budget de la santé pour 2005 prévoit ainsi un transfert de 100 millions d'euros de l'assurance maladie vers le fonds CMU.**

Votre Rapporteur spécial constate que le désengagement de l'État dans le financement de la couverture maladie complémentaire se fait, une fois de plus, au détriment de l'assurance maladie. C'est pourquoi il proposera dans un amendement la suppression du I de cet article afin de maintenir à l'assurance maladie cette ressource.

Il est prévu une provision pour l'octroi à 300.000 enfants supplémentaires du bénéfice de la CMU-C en année pleine, soit une charge supplémentaire de 35 millions d'euro. Aucun décret n'est pour l'instant paru. Il est regrettable que le Parlement vote une provision de 35 millions d'euros, pour l'application d'un décret non paru et sans avoir aucune information sur les contours du dispositif.

Enfin, votre Rapporteur spécial note que l'alignement du forfait logement pris en compte dans la base de ressource sur celui appliqué pour le RMI baisse le nombre de bénéficiaires de la CMU et baisse le budget de la CMU-C de 21 millions d'euros ce qui est tout à fait regrettable.

Votre Rapporteur spécial renvoie à son commentaire sur cet article (*infra*).

V.- LES SERVICES DE SANTE OUTRE-MER

Les crédits déconcentrés inscrits à l'article 40 du chapitre 47-19 – *Services de santé dans les collectivités territoriales d'outre-mer* sont restés stables entre 2000 et 2003, à 22,39 millions d'euros. La loi de finances pour 2004 a prévu une dotation de 25,287 millions d'euros. Le projet de budget prévoit de reconduire cette dotation en 2005.

**ÉVOLUTION DES DOTATIONS AUX SERVICES DE SANTÉ OUTRE-MER
CHAPITRE 47-19, ARTICLE 40**

(en millions d'euros)

		2003	2004	2005 ⁽¹⁾
Article 41	Services de santé en Nouvelle-Calédonie	0,72	0,72	0,72
Article 42	Services de santé en Polynésie française	4,04	n.d.	n.d.
Article 43	Services de santé à Mayotte	7,4	7,7	7,7
Article 44	Services de santé des îles Wallis et Futuna	10,23	15,82	16,35
Total		22,39	25,29	25,28

(1) prévisions

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

Depuis le regroupement en 2000 au sein des crédits de l'Outre-mer de l'essentiel des moyens destinés au service de santé de la **Nouvelle-Calédonie**, ne subsiste sur les crédits de la Santé qu'une dotation affectée au financement d'un centre de formation des personnels de santé. Prorogée pour cinq ans par convention du 19 février 2002, cette dotation restera stable en 2005, à 718.500 euros.

En **Polynésie française**, une dotation globale de fonctionnement de 4,04 millions d'euros est attribuée notamment à un institut chargé de la formation du personnel infirmier et des sages femmes. S'y ajoute le financement de contrats d'objectifs faisant suite à la loi d'orientation n° 94-79 du 5 février 1994 pour le développement d'actions de santé publique. Cette convention s'est achevée en 2003. Une renégociation est en cours pour son renouvellement qui devrait intervenir fin 2004 et donner lieu à un versement de subvention pour 2004, après une demande d'ouverture de crédits en loi de finances rectificative de fin d'année 2004.

La dotation déléguée à la collectivité départementale de **Mayotte**, d'un montant de 7,4 millions d'euros en 2003, correspond au financement du service de santé et à des actions prioritaires de santé publique, conformément à la convention du 5 avril 1995, ainsi qu'à la participation de l'État au titre du contrat de développement. L'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte permet le rattachement, en 2004, des dispensaires à l'hôpital de Mamoudzou. Les financements à verser l'an prochain sont en cours de redéfinition dans le cadre de la décentralisation applicable à Mayotte au 1^{er} janvier 2004. La dotation en 2005 comme en 2004 s'élève à 7,7 millions d'euros.

Le territoire de **Wallis-et-Futuna** a reçu jusqu'en 2002 une subvention annuelle pour le fonctionnement de son service de santé. Cette dotation a été maintenue en 2003, avec la création de l'agence de santé prévue par l'ordonnance n° 2000-29 du 13 janvier 2000. Le premier budget de l'agence a été approuvé et porte la subvention de l'État à 15,8 millions d'euros. Le financement complémentaire a été assuré en 2003 à parité par le ministère de l'Outre-mer et par le ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées. Pour 2005, il est prévu de maintenir la dotation de l'article 40 au même niveau qu'en 2004 soit 16,35 millions d'euros.

CHAPITRE V : LA POLITIQUE EN FAVEUR DES PERSONNES DEPENDANTES

Les crédits destinés à la politique en faveur des handicapés devraient s'élever à 7.458,26 millions d'euros en 2005, soit une hausse de 4,77 % par rapport à 2004, comme le montre le tableau suivant :

CREDITS EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES

(en millions d'euros)

Chapitre	intitulé	LFI 2004	PLF 2005	Évolution (en %)
Titre III				
Chap.36-81/art.91	Établissements nationaux pour jeunes sourds et aveugles	12,141	12,648	+4,17
	Total titre III	7.095,039	7.437,221	+4,82
Titre IV				
Chap.46-35/art.10	Interventions en faveur pers. handicapées : dépenses non déconcentrées	3,113	2,914	-
Chap.46-35/art.20	Interventions en faveur pers. handicapées : dépenses déconcentrées	88,389	88,385	+0,004
Chap.46-35/art.30	Centres d'aide par le travail	1,125	1,139	+1,24
Chap.46-35/art.40	Contribution État à allocation aux adultes handicapés	4,661	4,846	+3,97
Chap.46-35/art.50	Fonds spécial d'invalidité	271,57	299,622	+10,32
	Total des dépenses ordinaires	7.109,081	7.451,777	+4,82
Titre V				
Chap.57-93/art.40	Fonds interministériel d'accessibilité des immeubles administratifs aux handicapés	-	1,220	-
Titre VI				
Chap.66-20/art.10	Établissements pour enfants et adultes handicapés	6,662	5,269	-20,90
Chap.66-20/art.60	Instituts nationaux	2,8	-	-
	Total des dépenses en capital	9,462	6,489	- 31,42
	TOTAL	7.118,550	7.458,266	+ 4,77

Source : projet de loi de finances

Les crédits en faveur des personnes âgées devraient représenter **16,97 millions d'euros, soit une baisse de 61,32 %**. Cette baisse est surtout due aux transferts de crédits dans le cadre de la décentralisation à hauteur de 23,11 millions d'euros. **Cependant, à périmètre contant, le budget en faveur des personnes âgées baisse de 8,65 %**. Le tableau suivant retrace l'évolution des crédits destinés à la politique en faveur des personnes âgées :

CREDITS RELATIFS AUX PERSONNES AGEES

(en millions d'euros)

Chapitre	intitulé	LFI 2004	PLF 2005	Évolution (en %)
Titre IV				
Chap.46-36/art.40	Personnes âgées- Dépenses non déconcentrées	0,732	-	-
Chap.46-36/art.50	Personnes âgées- Dépenses déconcentrées	23,113	-	-
Chap.46-35	Personnes âgées (libellé modifié)	-	0,732	0
Titre IV				
Chap.66-20/art.30	Transformation des étab. d'hébergement des personnes âgées	17,855	16,243	- 9,03
	TOTAL	41,7	16,975	- 61,32

Source : projet de loi de finances

Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi organique, ces crédits devraient être réunis au sein du programme « *handicap et dépendance* ». Le tableau suivant présente la répartition des crédits dans le cadre de la nouvelle architecture du budget :

PROGRAMME « HANDICAP ET DEPENDANCE »

(en millions d'euros)

	LFI 2004	PLF 2005
<i>Action 1</i> : Évaluation et orientation personnalisée des personnes handicapées	14,20	14,20
<i>Action 2</i> : incitation à l'activité professionnelle	2.036,95	2.099,69
<i>Action 3</i> : ressource d'existence	4.932,99	5.146,30
<i>Action 4</i> : compensation des conséquences du handicap	93,54	89,84
<i>Action 5</i> : personnes âgées	41,75	16,97
<i>Action 6</i> : pilotage du programme	5,37	6,39
TOTAL	7.124,81	7.373,42

Source : *avant-projet annuel de performance – mission « solidarité et intégration »*

I.- LA REFORME DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE

Dans l'objectif de la mise en place d'une politique globale du traitement de la dépendance, qui engloberait les personnes âgées comme les personnes handicapées, la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 a créé la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui a vocation à financer de actions en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. La Caisse bénéficie des recettes suivantes :

- les contributions qui représentent la contrepartie de la suppression d'un jour férié (une contribution des employeurs aux taux de 0,3 %, appliqué à la même assiette que celle des cotisations patronales d'assurance, ainsi qu'une contribution additionnelle sur les revenus du patrimoine et des produits de placements, au taux de 0,3 %),

- une fraction de 0,1 point du produit de la CSG,

- une participation des régimes de base de l'assurance vieillesse, représentative d'une fraction identique pour tous les régimes des sommes consacrées par chacun de ceux-ci aux dépenses d'aide ménagère en 2000.

Outre la mise en œuvre d'actions nouvelles consacrées aux personnes âgées et aux personnes handicapées, ces ressources supplémentaires permettront de pérenniser le financement de l'APA. En effet, la CNSA est appelée à se substituer au FFAPA – dont elle récupérera les recettes – et à consacrer une part des nouvelles ressources à l'APA.

Pour 2004, le budget est le suivant :

BUDGET DE LA CNSA POUR 2004

(en millions d'euros)

RECETTES		DÉPENSES	
Section remboursement de l'emprunt du FFAPA			
Contributions en contrepartie de la suppression d'un jour férié	410	Remboursement de l'emprunt APA exceptionnel pour 2003	410
Section « personnes âgées » - (APA) – en remplacement du FFAPA			
0,1 point de CSG (95% du produit)	869	Concours aux départements au titre de l'APA	1.293
70% du solde de la contribution jour férié, après remboursement de l'emprunt	363		
Contribution des caisses de retraite	61		
Section « personnes âgées » - Plan <i>Vieillesse et solidarité</i>			
30% du solde de la contribution jour férié, après remboursement de l'emprunt	155	Concours à l'assurance maladie pour le financement des établissements et services d'aide aux personnes âgées	155
Section « modernisation de l'aide à domicile et de formation »			
0,1 point de CSG (5% du produit)	46	Modernisation de l'aide à domicile	46
TOTAL			1.904

Source : rapport pour avis sur le projet de loi de financement pour la sécurité sociale pour 2005, Yves Bur

II.- L'EFFORT PUBLIC EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES

La Cour des comptes dans son rapport « *la vie avec un handicap* » de juin 2003 a chiffré le montant de l'effort public en faveur des personnes handicapées. **Il représente 29,9 milliards d'euros**, comme le montre le tableau suivant :

EFFORT PUBLIC EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES

(en milliards d'euros)

Budget État	11,31
<i>Santé</i>	6,38
<i>Travail</i>	1,32
<i>Anciens Combattants</i>	2,76
<i>Dépense fiscale</i>	0,85
Département	3,23
Protection sociale	13,3
<i>ONDAM</i>	6,53
<i>Invalidité</i>	3,13
<i>Accident travail</i>	3,29
<i>Assurance Maladie</i>	nc
<i>CNAF</i>	0,35
<i>Agefiph</i>	0,41
<i>CNSA</i>	0,84
Total	29,09

Sources : Cour des comptes 2003, LFI 2004, CNSA cible 2007

Selon la Cour, en 2001, le montant total des crédits en faveur des personnes handicapées au sein du budget de l'État s'élevait à 11,31 milliards d'euros. Ainsi, les crédits inscrits au budget des anciens combattants sont de l'ordre de 2, 76 milliards d'euros (pensions d'invalidité et allocations des grands invalides, soins médicaux des titulaires d'une pension d'invalidité, régime particulier de sécurité sociale des pensions de guerre- invalides de guerre.) Le budget du ministère de l'éducation contribue également (fonctionnement des CDES, auxiliaires de vie scolaire). Le budget des affaires étrangères retrace les dépenses d'assistance à l'étranger aux personnes handicapées, soit 4,87 millions d'euros, celle de l'enseignement supérieur et les frais de transport d'étudiants handicapés, soit 1,49 millions d'euros.

En 2005, la dépense fiscale en faveur des personnes handicapées est évaluée à 855 millions d'euros. Le tableau suivant retrace l'évolution des dépenses fiscales spécifiques aux personnes handicapées, mais votre Rapporteur spécial insiste sur le caractère indicatif des montants en cause, les « bleus » comportant des chiffres qui modifient rétroactivement, jusqu'à deux ans en arrière, le coût des mesures recensées :

DÉPENSES FISCALES EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005
Demi-part supplémentaire pour les contribuables invalides	320	320	340	350
Réduction d'impôt au titre des frais d'hébergement en établissement de long séjour ou en section de cure médicale	41	50	60	100
Taux de TVA de 5,5 % pour les ventes portant sur certains appareillages et équipements spéciaux pour les personnes handicapées	270	275	280	315
Demi-part supplémentaire par enfant à charge, ou par personne rattachée au foyer fiscal, titulaires de la carte d'invalidité	75	80	80	90
Total	706	725	760	855

Source : projet de loi de finances (fascicule « évaluation des voies et moyens », tome II).

La Cour des Comptes a aussi procédé à une estimation des dépenses publiques des collectivités territoriales en faveur des personnes handicapées. S'agissant des dépenses des départements, la Cour les évalue pour 2001 à 3,23 milliards d'euros en fonctionnement et à 148,89 millions d'euros en équipement, soit au total 3,38 milliards d'euros. S'agissant des communes, leurs dépenses en 2001 sont évaluées à 12,04 milliards d'euros en fonctionnement et 4,42 milliards d'euros en investissement, soit au total 16,46 millions d'euros. S'agissant des régions, leurs dépenses en 2001 sont évaluées à 16,42 millions d'euros.

Par ailleurs, l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie médico-sociales 2004 consacré au financement du fonctionnement des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés s'élève à 6,2 milliards d'euros.

L'évolution du nombre de personnes handicapées recevant une aide est retracée dans le tableau suivant :

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES HANDICAPÉES PERCEVANT UNE AIDE

	2000	2001	2002
Allocation compensatrice pour tierce personne (moins de 60 ans)	91.804	95.047	99.030
Allocation d'éducation spéciale	107.429	111.781	112.894
Allocation aux adultes handicapés	712.000	732.409	753.000
Aide sociale pour l'hébergement en établissement	77.945	79.457	84.598 (1)
Aide ménagère et auxiliaires de vie pour les personnes handicapées	12.868	14.131	18.037
Accueil familial des personnes handicapées	3.307	3.514	n.d.

(1) nombre de places installées en foyers de vie, foyers d'hébergement et foyer d'accueil médicalisé

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

III.- L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS

A.- L'ALLOCATION ÉVOLUE À UN RYTHME RÉGULIER

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) garantit un revenu minimal à toute personne âgée d'au moins 20 ans reconnue comme handicapée par une commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et qui ne peut pas prétendre à un avantage vieillesse ou d'invalidité ou à une rente d'accident du travail au moins égal à l'AHH. L'allocation est versée sous condition de ressources par la Caisse nationale des allocations familiales ou la mutualité sociale agricole, qui sont remboursées par le budget de l'État avec la dotation inscrite sur l'article 40 chapitre 46-3. Les droits sont en général ouverts pour une longue période. (cinq ans en moyenne). Le nombre de bénéficiaires de l'AHH et son coût global ont évolué comme suit depuis 1998 :

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES ET DES DOTATIONS DE L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS

(en millions d'euros)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre de bénéficiaires	668.000	694.000	712.000	732.000	753.000	766.500	nc
Évolution en %	2,9	3,9	2,6	2,8	2,9	1,8 %	nc
Dotations budgétaires (exécution)	3.565,63	3.776,01	4.024,65	4.097,07	4.427,72	4.526,34	4.661,42
Évolution en %	4,6	5,9	6,6	1,8	8,1	+ 2,2 %	+ 3%

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

Selon, le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de 2004 ⁽¹⁾, les versements de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ont progressé de 38% en termes réels entre 1994 et 2003 (3,6 % en moyenne annuelle sur la période) – passant de plus de 3,3 milliards d'euros à 4,6 milliards d'euros.

(1) rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, résultat 2003, prévisions 2004 et 2005 (septembre 2004)

L'augmentation des montants versés s'explique par trois facteurs distincts : la croissance du nombre de bénéficiaires, les changements de législation et, dans une très faible proportion, l'évolution du montant moyen.

La croissance rapide de l'AAH résulte principalement de celle des effectifs de bénéficiaires. On observe une progression des effectifs de 28 % sur la période 1994–2003 (2,7 % en moyenne annuelle).

Dans cette évolution, l'impact purement démographique est évalué à environ 0,6% par an. Le reste de la croissance peut s'expliquer par trois facteurs :

– *une augmentation de la prévalence du handicap* (un facteur explicatif de l'augmentation des taux de prévalence est, selon la DREES, le gain d'espérance de vie des personnes handicapées),

– *une meilleure reconnaissance des situations de handicap par les COTOREP* : on a en effet constaté, sur la période 1994-2002, une hausse du nombre d'accords (+ 2,9 % en moyenne annuelle), particulièrement marquée pour les taux d'incapacité permanente compris entre 50 et 79 % (+ 4,9 % en moyenne annuelle),

– *un effet de champ* : l'entrée de nouveaux bénéficiaires du fait d'un nombre plus important de personnes éligibles à l'allocation (l'AAH est une allocation différentielle dont le montant est fonction des ressources du demandeur).

Des coups de pouce et la création du complément constituent le deuxième facteur explicatif de la croissance de l'AAH. Trois coups de pouce décidés en 1994 (+ 1 %), en 1996 (+ 3 %) et en 1999 (+ 2 %) expliquent près de 7 % de la progression des dépenses d'AAH entre 1994 et 2003 (0,7 % en moyenne annuelle).

La création du complément d'AAH, destiné à compenser les surcoûts liés à l'aménagement du logement, explique quant à elle la croissance des versements d'AAH à hauteur de 5 %. Les changements de législation apportés à l'AAH ont ainsi fait progresser la dépense de 12% entre 1994 et 2003 (+ 1,3 % en moyenne annuelle).

À législation constante, les montants moyens d'AAH sont restés quasiment stables sur la période 1994–2003, en euros constants. L'évolution des montants moyens d'AAH, en euros constants hors coups de pouce et complément, est estimée à – 1,3 % sur la période 1994-2003 (soit – 0,1 % en moyenne annuelle). Cette tendance, fortement liée à la période d'analyse retenue, s'explique par deux phénomènes inverses : une modification de la structure de l'allocation : la part des allocations servies à taux plein augmentant plus rapidement (+ 3,5 % en moyenne annuelle entre 1994 et 2003) que celles à taux réduit (+ 2,4 %), et une baisse des montants moyens servis à taux réduit sur la période, compensant ainsi la plus grande part des AAH à taux plein.

B.— L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES EN 2005

La dotation inscrite dans le présent projet est de 4.846,68 millions d'euros. Cette dotation tient compte d'une hypothèse de revalorisation du minimum vieillesse à hauteur de 1,5 % (indice d'évolution des prix) et de l'hypothèse d'une évolution du nombre de bénéficiaires égale à 2,2 % pour le régime général et à - 5 % pour les exploitants agricoles. Enfin, cette dotation intègre une économie, non précisée à ce stade, de l'ordre de 44 millions d'euros.

Votre Rapporteur spécial s'inquiète de possibles mesures de restrictions d'accès à la prestation pour de purs motifs budgétaires, sans prendre en compte les réels besoins constatés.

Par ailleurs, le projet de loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, actuellement en discussion devant le Parlement, instaure un mécanisme d'« intéressement » à l'emploi consistant à ne prendre en compte, au titre des ressources retenues pour l'examen du droit, qu'une partie des revenus d'activité professionnelle de la personne handicapée. Le coût de cette mesure est estimé à 43,5 millions d'euros.

Le projet prévoit également la suppression du complément d'AAH à partir de 2005. Une prestation relative au logement est créée parallèlement au sein de la prestation de compensation. Ce complément est cependant maintenu pour le stock des bénéficiaires jusqu'au renouvellement ou fin de droit à l'AAH. **Pour l'année 2005, la suppression du complément d'AAH se traduit par une économie estimée à 19 millions d'euros.**

III.— LES DEPENSES DE L'ÉTAT EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES

A.—LES INTERVENTIONS DU MINISTÈRE SONT ESSENTIELLEMENT LOCALES

Les dépenses inscrites sur l'**article 10 du chapitre 46-35** ont vocation à financer des actions nationales, et notamment à subventionner les organismes et associations assurant la représentation de ces personnes et la défense de leurs intérêts, et participant aux actions visant à promouvoir leur intégration sociale.

En 2005, ces actions devraient bénéficier de 2,91 millions d'euros.

Bénéficient de ces dotations les actions nationales menées par les associations représentatives, et notamment des projets s'inscrivant dans le cadre des priorités définies par les pouvoirs publics :

— accompagner des actions innovantes favorisant l'intégration des personnes handicapées ;

- favoriser les projets d’accompagnement précoce des familles au moment de l’annonce du handicap et les actions permettant de sensibiliser l’opinion publique à l’accueil et au respect de la personne handicapée ;

- développer les capacités de connaissance et d’évaluation des besoins des personnes handicapées ;

- commander des travaux et études auprès du Centre technique national d’études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations.

Les dépenses du **chapitre 46-35, article 20** recouvraient en 2002 les subventions aux **centres régionaux d’aide à l’enfance et à l’adolescence inadaptés**, les subventions aux services gestionnaires d’auxiliaires de vie, les crédits destinés à la mise en place des sites départementaux pour la vie autonome, les crédits destinés à participer au financement de postes d’auxiliaires de vie scolaire à l’échelon départemental et ceux destinés à la mise en place de centres d’information sur la surdité, à l’échelon régional. À compter de 2003, cette ligne recouvre également les crédits destinés à la mise en place d’un dispositif expérimental en faveur des personnes très lourdement handicapées et à soutenir des actions dans le cadre de l’Année européenne.

Concernant les crédits destinés aux postes d’**auxiliaires de vie**, l’État finançait depuis 1981, 1.862 postes à hauteur de 9.650 euros par poste et par an. Ces crédits sont délégués aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales qui signent des conventions avec les services gestionnaires d’auxiliaires de vie au niveau local. Le plan triennal 2001-2003 prévoyait la mobilisation de crédits supplémentaires destinés à la création de nouveaux forfaits d’auxiliaires de vie, s’ajoutant aux 1.862 forfaits existants. Ainsi, au titre de **l’année 2001**, une première tranche de crédits d’un montant total de 10,21 millions d’euros a été déléguée, afin de participer au financement de 963 forfaits d’auxiliaires de vie supplémentaires et de 583 postes d’auxiliaires de vie scolaire. **En 2002**, l’État a participé au financement de 932,5 nouveaux forfaits d’auxiliaires de vie. Il a également assuré le financement forfaitaire des 583 postes d’auxiliaires de vie scolaire en année pleine, ainsi que le financement à compter de la rentrée scolaire 2002-2003, de 162 postes supplémentaires d’auxiliaires de vie scolaire. **En 2003**, 1.235 nouveaux forfaits d’auxiliaires de vie, destinés à des personnes très lourdement handicapées, ont été créés dans le cadre d’un dispositif expérimental permettant notamment la possibilité d’affecter aux personnes des forfaits renforcés, c’est-à-dire doublés ou triplés. **En 2004**, le financement de 1.014 postes supplémentaire permet, d’une part, d’achever le plan pluriannuel de création de postes d’auxiliaires (l’objectif initial du plan de financement de 5.000 postes est atteint) et d’autre part d’attribuer 500 postes spécifiques aux personnes très lourdement handicapées.

Le plan pluriannuel 2001-2003 en faveur des personnes handicapées prévoyait également le développement des **sites pour la vie autonome**, afin de constituer progressivement un dispositif national de compensation fonctionnelle pour les personnes handicapées, facilitant leur accès aux diverses aides techniques et aux adaptations de logement. L'objectif est de favoriser l'autonomie et la vie à domicile des personnes handicapées. 13,5 millions d'euros ont été délégués à ce titre aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales **en 2002**. Ils visaient à financer le fonctionnement (à hauteur de 152.000 euros par site) et le fonds d'accès aux aides techniques et à l'aménagement du logement (pour une somme allant de 76.000 euros à 229.000 euros par site) des 43 sites existants en 2001. Par ailleurs, les 27 sites créés en 2002 avaient bénéficié pour leur année de création, de crédits proratisés compte tenu d'une délégation tardive faisant suite aux divers gels budgétaires intervenus en 2002. **En 2003**, les 70 départements dans lesquels existait un site ont bénéficié en année pleine de crédits de fonctionnement (à hauteur de 10,51 millions d'euros) et de crédits afférents au fonds d'accès aux aides techniques (pour 11,43 millions d'euros). Par ailleurs, les 30 derniers départements non encore dotés d'un site ont bénéficié en 2003 de crédits de fonctionnement proratisés, pour un montant de 2,06 millions d'euros. Une mesure nouvelle de 4,18 millions d'euros a été votée **en 2004** afin que chaque département puisse bénéficier en année pleine des crédits de fonctionnement et de fonds d'accès aux aides techniques. L'existant est donc consolidé.

En 2005, les crédits inscrits sur l'article 20 du chapitre 46-35 devraient représenter 88,38 millions d'euros, soit une quasi-reconduction de la dotation de 2004.

B.- L'ALLOCATION SUPPLEMENTAIRE DU FSI EST TOUJOURS SOUS-DOTEE

L'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité vise à compléter les ressources des bénéficiaires d'une pension d'invalidité d'un régime de sécurité sociale de telle sorte que le montant cumulé de la pension d'invalidité et des ressources personnelles du demandeur soit inférieur à un montant fixé au 1^{er} janvier 2004, à 587,74 euros pour un célibataire et 1.054,36 euros pour un couple.

Le montant de la dotation budgétaire pour 2003 a été fixé à 263,57 millions d'euros pour un montant de dépenses réelles de 273,09 millions d'euros soit un déficit de 9,52 millions d'euros. Le montant de la dotation budgétaire pour 2004 a été fixé à 271,57 millions d'euros pour un montant prévisionnel de dépenses de 294,14 millions d'euros soit un déficit de 22,57 millions d'euros. **Le déficit cumulé fin 2004 devrait donc atteindre près de 125 millions d'euros.**

Une mission conjointe de l'IGAS et de l'IGF, diligentée en juillet 2003 afin d'évaluer les raisons de la sous dotation budgétaire du Fonds Spécial d'invalidité a estimé que l'État devait apurer sa dette cumulée à l'égard de la CNAMTS et a préconisé la fusion de l'allocation supplémentaire du FSI avec l'AAH (Allocation Adultes Handicapés).

La demande de dotation budgétaire pour 2005 s'élève à 300,3 millions d'euros. Elle est obtenue en appliquant à la dépense 2004, un taux de revalorisation de 1,5 % et une évolution des effectifs de 0,6 % (taux de progression calculé par la mission sur la base des exercices écoulés).

Cette dotation traduit un effort de rebasage, suite à la mission commune IGAS-IGF, intervenue en 2003. Cependant, la CNAMTS conserve une créance sur l'État qu'il conviendra d'apurer conformément aux préconisations de la mission.

C.– LES INSTITUTS NATIONAUX

Le budget de l'État finance, conjointement avec l'assurance maladie, le fonctionnement et l'investissement des instituts nationaux de jeunes sourds de Bordeaux, Chambéry, Metz et Paris, la capitale abritant également l'Institut national des jeunes aveugles.

Les dotations versées sur l'article 91 du chapitre 36-81, qui recouvrent les dépenses de personnel enseignant, devraient s'élever à **12,65 millions d'euros, en hausse de 4,17 %**. S'agissant des subventions d'investissement de l'article 60 du chapitre 66-20, **1 million d'euros d'autorisations de programme est prévu en 2005. En revanche, aucun crédit de paiement n'est demandé.**

IV.– UN EFFORT EN FAVEUR DE LA CREATION DE PLACES

A.– LE PLAN TRIENNAL A ATTEINT SES OBJECTIFS

Le plan triennal (2001–2003) en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés comprend trois volets : des mesures visant à favoriser le maintien ou le retour des personnes handicapées en milieu ordinaire, des mesures visant à amplifier les efforts de création de places en établissements ou services médico-sociaux, et des mesures affectées à la modernisation et au renforcement des ateliers protégés, pour un total cumulé de 232 millions d'euros, financé par l'État et l'assurance maladie selon les modalités suivantes :

PLAN TRIENNAL EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES (2001-2003)

(en millions d'euros)

	Financement	2001	2002	2003	Total
Retour en milieu ordinaire					145,6
• COTOREP	Travail/Santé, titre III	2,28	2,28	0	4,57
• CDES (1)	Santé et solidarité, 31-96-10	0,76	0,76	0,76	2,28
• Sites pour la vie autonome	Santé et solidarité, 46-35-20	6,1	8,3	13,7	28,24
• Auxiliaires de vie	Santé et solidarité, 46-35-20	10,22	10,22	10,07	30,53
• Interprétariat (sourds)	Santé et solidarité, 34-98	0,6	0,45	0,45	1,5
• Matériel pédagogique	Éducation nationale, 37-83-40 et 50	8,63	8,63	8,63	25,95
• CAMSP et SESSAD (2)	Assurance maladie	15,24	15,24	15,24	45,8
• SSIAD handicapés (3)	Assurance maladie	2,2	2,2	2,2	6,8
Créations de places		23,56	23,56	23,56	70,9
• Handicap lourd, en EES (4)	Assurance maladie	6,1	6,1	6,1	18,32
• Personnes vieillissantes	Assurance maladie	2,2	2,2	2,2	6,8
• Autisme et traumatisés crâniens	Assurance maladie	15,26	15,26	15,26	45,8
Ateliers protégés	Travail 44-71-30	6,1	6,1	3,05	15,26
TOTAL					232

(1) commissions départementales de l'éducation spéciale.

(2) centres d'action médico-sociale précoce et services de soins et d'éducation spéciale à domicile.

(3) services de soins infirmiers à domicile.

(4) établissements d'éducation spéciale.

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

Les mesures visant à amplifier les efforts de création de places en établissements ou services médico-sociaux pour la période 2001-2003 sont les suivantes :

– une enveloppe de crédits d'assurance maladie d'un montant de 45,73 millions d'euros, soit 15,24 millions d'euros par an, était destinée à augmenter les capacités des centres d'action médico-sociale précoce et des services de soins et d'éducation spéciale à domicile. Ce sont 12,2 millions d'euros par an qui ont été consacrés au développement de ces services, soit 36,59 millions d'euros entre 2001 et 2003, auxquels s'ajoute, cette année, une enveloppe complémentaire de 4 millions d'euros. Le bilan du plan triennal, réalisé en avril 2003, montre que l'ensemble de ces crédits permet de financer 3.228 places nouvelles. L'enveloppe des centres, qui s'élève à 3,05 millions d'euros par an, soit 9,15 millions d'euros sur trois ans, a financé 35 projets augmentant la capacité d'accueil des centres ;

– les services de soins infirmiers à domicile seront plus largement ouverts aux personnes handicapées, grâce à un décret en préparation, et 6,86 millions d'euros de crédits de l'assurance maladie ont été affectés à la création de nouvelles places.

S'agissant de l'amélioration de la **prise en charge des jeunes handicapés**, le plan se traduit notamment, au titre des crédits d'assurance maladie, par :

– la création de places dans les établissements d'éducation spéciale pour les enfants très lourdement handicapés, grâce à 18,29 millions d'euros sur trois ans, auxquels s'ajoute cette année une enveloppe complémentaire de 1,21 million d'euros ;

– la création de places pour autistes, avec 22,87 millions d'euros pour les enfants et les adultes, auxquels s'ajoute cette année une enveloppe complémentaire de 1,79 million d'euros pour les enfants et adolescents autistes ;

– la création de places pour enfants, adolescents et adultes traumatisés crâniens ou cérébro-lésés lourdement atteints, avec 22,87 millions d'euros ;

6,86 millions d'euros, soit 2,29 millions d'euros par an de 2001 à 2003, sont consacrés à la prise en charge institutionnelle des **personnes handicapées vieillissantes**.

La mise en œuvre de l'ensemble de ces mesures est assurée par les services déconcentrés de l'État en fonction des besoins repérés localement et des priorités retenues par les préfets de région. Le bilan des programmations régionales, réalisé en avril 2003, montre que ces crédits ont permis de créer d'ores et déjà 615 places pour les enfants et adolescents très lourdement handicapés, 1.020 places pour les personnes autistes, 706 places pour les personnes atteintes d'un traumatisme crânien et 276 places pour les personnes handicapées vieillissantes.

Quant à la modernisation et au renforcement des ateliers protégés, une enveloppe de crédits du ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité (chapitre 44-71, article 30) de 15,24 millions d'euros sur trois ans a été annoncée pour y pourvoir.

B.- LE PLAN PLURIANNUEL A ETE AMPLIFIE

Le plan pluriannuel de création de places pour adultes lourdement handicapés, a eu pour objectif d'augmenter les places pour adultes handicapés et de résorber le nombre de jeunes adultes maintenus en établissement d'éducation spéciale pour enfants. Le plan comporte deux volets : une enveloppe de 205,81 millions d'euros de crédits d'assurance maladie correspondant à un objectif de création de 5.500 places nouvelles en maisons d'accueil spécialisées (MAS) et en foyers d'accueil médicalisé (FAM), et une enveloppe de 84,86 millions d'euros de crédits d'État pour la création de 8.500 places nouvelles en centres d'aide par le travail (CAT). **Les crédits de la tranche 2003 du plan pluriannuel ont été doublés** ; ils s'élèvent à 70,12 millions d'euros de crédits d'assurance maladie et à 30 millions de crédits d'État contre, respectivement, 35,05 millions et 15 millions initialement prévus). L'objectif total du plan est ainsi porté à 6.600 places nouvelles en MAS et en FAM, et à 10.000 places nouvelles en CAT.

Le bilan total des programmations régionales (y compris la réserve nationale), réalisé en avril 2004, montre que concernant les places en établissements, 2.613 places nouvelles en MAS et 3.123 places nouvelles en FAM sont financées, sur la base de la répartition et des coûts moyens à la place déterminés en 1999, soit un total de 5.736 places financées pour les adultes lourdement handicapés. Sur ces 5.736 places financées, 4.198 places étaient effectivement installées au 30 avril 2004 (1.906 places en MAS et 2.292 places en FAM).

Le bilan régional du plan au 30 avril 2004 est le suivant :

REGIONS	PLACES MAS/ FAM PREVUES PAR LE PLAN	PLACES FINANCÉES			PLACES INSTALÉES		
		MAS	FAM	TOTAL	MAS	FAM	TOTAL
Alsace	196	55	140	195	55	134	189
Aquitaine	304	86	310	396	60	229	289
Auvergne	89	17	115	132	14	59	73
Bourgogne	133	28	143	171	0	141	141
Bretagne	208	49	113	162	31	64	95
Centre	241	74	240	314	22	227	249
Champagne-Ardenne	89	53	0	53	50	0	50
Corse	20	0	0	0	0	0	0
Franche Comte	69	46	0	46	38	0	38
Île de France	1.998	760	481	1.241	589	333	922
Languedoc Roussillon	221	89	118	207	61	82	143
Limousin	30	26	0	26	8	0	8
Lorraine	212	99	82	181	84	82	166
Midi Pyrénées	125	56	84	140	53	84	137
Nord Pas-de-Calais	459	196	188	384	75	165	240
Basse Normandie	81	65	0	65	55	0	55
Haute Normandie	147	22	239	261	22	207	229
Pays de Loire	225	93	97	190	91	72	163
Picardie	173	99	86	185	81	41	122
Poitou Charente	159	65	58	123	55	55	110
P A C A	575	259	212	471	218	31	249
Rhône Alpes	536	228	387	615	177	286	463
Guadeloupe	117	53	0	53	26	0	26
Martinique	83	38	30	68	14	0	14
Guyane	46	16	0	16	0	0	0
Réunion	64	41	0	41	27	0	27
France	6.600	2.613	3.123	5.736	1.906	2.292	4.198

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

S'agissant des places en centres d'aide par le travail, sur les 10.000 places notifiées depuis 1999, 9.487 places étaient effectivement installées au 30 avril 2004.

Le détail régional des places au 30 avril 2004 est retracé dans le tableau suivant :

REGIONS	PLACES CAT NOTIFIEES	PLACES CAT INSTALLEES
Alsace	262	262
Aquitaine	382	382
Auvergne	151	151
Bourgogne	193	193
Bretagne	436	436
Centre	465	449
Champagne-Ardenne	178	178
Corse	32	32
Franche Comte	334	334
Île de France	2.358	2.043
Languedoc Roussillon	374	359
Limousin	67	57
Lorraine	314	299
Midi Pyrénées	268	268
Nord Pas-de-Calais	541	541
Basse Normandie	151	151
Haute Normandie	404	404
Pays De Loire	466	466
Picardie	313	313
Poitou Charente	281	276
P A C A	829	806
Rhône Alpes	741	733
Collectivités d'outre-mer	460	354
France	10.000	9.487

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

Les centres d'aide par le travail sont financés au titre de l'aide sociale de l'État, sur le **chapitre 46-35, article 30**, par le biais d'une dotation globale de fonctionnement arrêtée par le préfet de département et versée à l'établissement par douzièmes. Ces crédits ont progressé de 4,28 % entre la loi de finances initiale pour 2002 et la loi de finances pour 2003.

En 2004, le budget des centres d'aides par le travail s'élevait à 1,12 millions d'euros. Il devrait augmenter de 1,23 % en 2005 pour se fixer à 1,14 millions d'euros. Cette évolution comprend une mesure nouvelle d'ajustement de 13.850.000 euros, pour couvrir l'évolution de la masse salariale en 2005.

Les crédits habituellement consacrés à la création de place seront en 2005 mobilisés sur le budget de la CNSA. Ceux-ci permettront de consolider les 3.000 places créées en 2004 et d'ouvrir 3.000 places supplémentaires en 2005.

Le taux d'équipement national est passé de 3,04 places pour 1.000 habitants âgés de 20 à 59 ans au 31 décembre 2002 à 3,11 places pour 1.000 habitants âgés de 20 à 59 ans au 31 décembre 2003. L'objectif de rééquilibrage, qui a présidé à la répartition des 3.000 places nouvelles de 2003, a permis de réduire les écarts au profit des régions les plus déficitaires, notamment l'Île-de-France. Néanmoins, le taux d'équipement entre départements métropolitains varie encore de 1 à 8,5 (de 1,64 à Paris à 13,90 en Lozère).

C.- L'EXECUTION CALAMITEUSE DES CONTRATS DE PLAN ÉTAT-REGIONS

Les crédits de l'article 10 du chapitre 66-20 – *Établissements pour enfants et adultes handicapés* correspondent intégralement aux opérations ayant fait l'objet d'une contractualisation entre l'État et les régions dans le cadre du XII^e Plan 2000-2006. Ces opérations s'inscrivent à la fois dans le prolongement des opérations du plan précédent et dans l'accompagnement du plan pluriannuel 1999-2003 de création de places en faveur des adultes handicapés. Il s'agit également de mettre les établissements anciens aux normes de sécurité. 16 régions, dont 13 en métropole, ont inscrit des crédits au titre de l'article 10, représentant un engagement de l'État de 70,86 millions d'euros pour la période.

Au titre de 2000, 6,92 millions d'euros d'autorisations de programme ont été déléguées. **Depuis 2001, néanmoins, le volume insuffisant de crédits de paiement pour couvrir les autorisations de programme ouvertes sur ce chapitre a contraint les délégations d'autorisations de programme.** Pour l'article 10 du chapitre, au titre de 2001, 12,6 % des crédits inscrits en loi de finances (10,67 millions d'euros) sur l'article 10 ont cependant pu faire l'objet de délégations d'autorisations de programme. Ils ont permis le financement des opérations d'investissement en la matière jugées prioritaires par les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS). De la même manière, en 2002, 67,9 % des crédits inscrits en loi de finances (11,74 millions d'euros) ont été délégués.

En 2003, les mesures de régulation budgétaire ont conduit à cibler les priorités du fait de l'annulation de 6,5 millions d'euros et le gel des reports de crédits de paiement à hauteur de 14,95 millions d'euros. 6,35 millions d'euros d'autorisations de programme ont pu être délégués en 2003, soit 63 % de la dotation votée en loi de finances initiale.

En 2004, en dépit de cette insuffisance de crédits de paiement, 6,64 millions d'euros d'autorisations de programme ont pu être délégués compte tenu d'une dotation en loi de finances initiale de 1 million d'euros et de reports 2003 sur 2004 d'un montant de 10,82 millions d'euros (avant annulation).

Cette situation conduit à une sous-exécution des contrats de plan État-régions, la programmation sur l'article 10 étant actuellement couverte à hauteur de 41,26 % à deux ans de l'échéance de ces contrats.

Malgré une importante réduction du stock d'autorisations de programme en 2004 (annulation de 67,6 millions d'euros sur l'ensemble du chapitre conformément à la loi de finances rectificative 2003 ; soit pour l'article 10, 11,86 millions d'euros), le déséquilibre entre autorisations de programme et crédits de paiement subsiste. **Sont en conséquence proposés au projet de loi de finances 2005, concernant l'article 10, 7,15 millions d'euros en autorisations de programme et 5,27 millions d'euros en crédits de paiement.**

Cependant, au regard des annulations intervenues chaque année, on peut douter de la réelle utilisation de cette dotation. Si le rythme de délégation de crédits continue au même rythme, il faudra encore 7 ans pour déléguer les 41,62 millions d'euros restant sur la dotation initiale de 70,86 millions d'euros. La priorité accordée par le Président de la République aux handicapés ne trouve donc guère sa réalisation dans l'exécution actuelle des contrats de plan.

V.- LES CREDITS EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES

A.- DES MOYENS DECENTRALISES

Les crédits en faveur des personnes âgées devraient représenter 17 millions d'euros, soit une baisse de 59,52 %.

Cette baisse est due aux transferts de crédits déconcentrés vers le ministère de l'Intérieur dans le cadre de la décentralisation. En effet, la loi du 13 août 2004 relative aux responsabilités locales confie aux départements la compétence des dispositifs concernant les personnes âgées jusqu'à présent assumée par l'État. Il s'agit des CORERPA et des CODERPA ainsi que des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) :

– les CLIC (413 installés en mars 2004) visent à apporter des réponses de proximité aux personnes âgées et à leur famille. Ils ont une vocation pluridisciplinaire qui prend en compte tous les aspects de la vie quotidienne, en matière de soins d'accompagnement de la personne, de qualité et au confort d'usage du cadre de vie bâti (environnement/habitat) mais aussi de la vie sociale, culturelle et citoyenne.

– les CODERPA et CORERPA sont des instances à caractère consultatif au sein desquelles les représentants des associations de personnes âgées et retraitées participent à l'élaboration et à l'application des mesures de toute nature les concernant, en concertation avec les professionnels et les principaux organismes chargés de mettre en œuvre les actions en leur faveur au sein du département.

Le projet de loi de finances prévoit par conséquent à ce titre un transfert de ressources financières aux départements d'un montant de **23,11 millions d'euros**.

B.— UN RETARD PREOCCUPANT DANS L'EXECUTION DES CONTRATS DE PLAN ÉTAT-REGIONS

La participation de l'État au volet transformation des établissements d'hébergement pour personnes âgées des contrats de plan État-régions 2000-2006 vise notamment à soutenir les projets relatifs à la mise aux normes de sécurité et à l'humanisation de ces établissements. Il convient de noter que l'article 30 a été subdivisé en deux parties, pour permettre de distinguer les crédits inscrits au titre de l'achèvement du programme d'humanisation des hospices et ceux affectés à la mise aux normes des maisons de retraite. Ainsi l'engagement de l'État s'élève à 97,67 millions d'euros pour l'humanisation des hospices et à 106,70 millions d'euros pour les maisons de retraite pour la période 2000/2006. 24 régions (dont 2 départements d'Outre-Mer) ont contractualisé sur ces objectifs.

Compte tenu des engagements pris par le Gouvernement en faveur des personnes âgées, suite à la canicule, l'exécution budgétaire de ce volet doit requérir toute notre attention.

Comme l'a montré notre collègue Augustin Bonrepaux, dans un rapport relatif à la proposition de résolution visant à créer une commission d'enquête sur les contrats de plan État-régions et l'utilisation des fonds structurels européens⁽¹⁾, l'exécution des contrats de plan dans ce domaine est très préoccupante et le désengagement financier de l'État flagrant.

En **2000**, 15,13 millions d'euros d'autorisations de programme ont été délégués. Depuis **2001**, le volume insuffisant de crédits de paiement pour couvrir les autorisations de programme ouvertes sur ce chapitre a contraint les délégations d'autorisations de programme. Au titre de 2001, 26 % des crédits inscrits en loi de finances initiale (25,92 millions d'euros) sur l'article 30 ont pu faire l'objet de délégations d'autorisations de programme. Ils ont cependant permis le financement des opérations d'investissement jugées prioritaires par les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS). De la même manière, en **2002**, 53,7 % des crédits inscrits en loi de finances (25,91 millions d'euros) ont pu être délégués. Au titre de 2003, les mesures de régulation budgétaire ont conduit à cibler les priorités du fait de l'annulation de 6,5 millions d'euros et du gel des reports de crédits de paiement à hauteur de 14,95 millions d'euros, 19 millions d'euros d'autorisations de programme ont pu être délégués, soit 65 % de la dotation initiale.

(1) Rapport de M. Augustin Bonrepaux sur la proposition de résolution visant à créer une commission d'enquête sur l'exécution des Contrats de plan État-régions et l'utilisation des crédits européens (n°1889)

En 2004, en dépit de cette insuffisance de crédits de paiement, 17,5 millions d'euros d'autorisations de programme ont pu être délégués compte tenu d'une dotation en loi de finances initiale de 29,09 millions d'euros.

Cette situation n'a pas permis de revenir sur une sous-exécution des contrats de plan État/Région, la programmation sur l'article 30 étant actuellement couverte à hauteur **de 35,4 %** à deux ans de l'échéance de ces contrats.

Ces chiffres révèlent donc un véritable désengagement de l'État en matière d'investissement en faveur des structures accueillant des personnes âgées. Or ces crédits ont pour objectif l'humanisation des hospices et la mise aux normes des maisons de retraite, actions qui devraient être prioritaires depuis la canicule de 2003. Une fois de plus, les faits montrent le décalage entre l'affichage d'une politique et la mise en œuvre réelle de celle-ci.

CHAPITRE VI : LA POLITIQUE EN FAVEUR DE LA FAMILLE

Les crédits destinés à la politique de la famille devraient représenter en 2005, 1061,93 millions d'euros soit une augmentation de 12,17 % par rapport à 2004 où ils représentaient 946,72 millions d'euros.

Le tableau suivant retrace l'évolution des crédits destinés à la politique de la famille :

BUDGET DE LA FAMILLE

(en millions d'euros)

Chapitre	Intitulé	LFI 2004	PLF 2005	Évolution (en %)
Titre III				
Chap.37-03	Dépenses relatives à l'activité du défenseur des enfants	1,907	1,907	0
Titre IV				
Chap.46-34	Interventions en faveur de la famille et de l'enfance	944,83	1.060,05	+ 12,19
Art. 10	Intervention en faveur de la famille et de l'enfance : dépenses non déconcentrées	6,19	8,88	+ 43,46
Art 20	Intervention en faveur de la famille et de l'enfance : dépenses non déconcentrées	19,93	18,18	- 8,78
Art .30	Remboursement de l'allocation de parent isolé	769,7	862,77	+ 12,09
Art. 40	Tutelle et curatelle d'État	149	170,2	+ 14,23
TOTAL		946,72	1.061,93	+ 12,17

Source : projet de loi de finances.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi organique, ces crédits devraient être réunis au sein du programme « actions en faveur des familles vulnérables ». Le tableau suivant présente la répartition des crédits dans le cadre de la nouvelle architecture du budget :

PROGRAMME « ACTIONS EN FAVEUR DES FAMILLES VULNERABLES »

	LFI 2004	PLF 2005
Action 1 accompagnement des familles dans leur rôle de parents	23,71	13,13
Action 2 soutien en faveur des familles monoparentales	769,700	862,77
Action 3 protection des enfants et des familles	152,03	171,1544
TOTAL	945,439	1.060,06

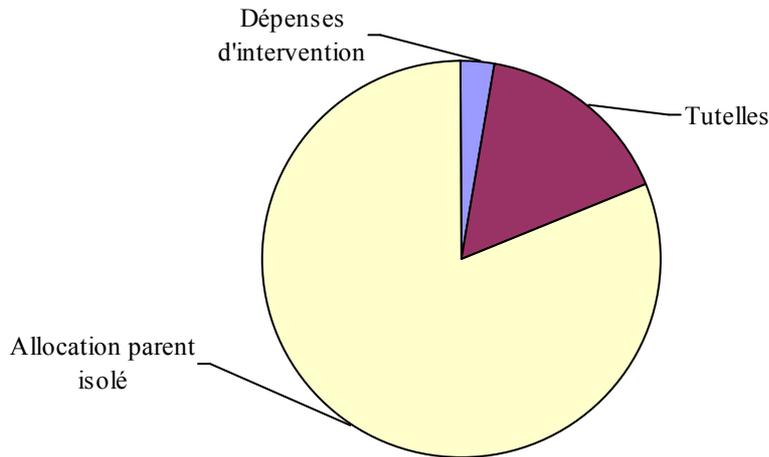
I.- DES DEPENSES DE TRANSFERT

Comme l'an dernier, les principales mesures prises en faveur de la famille figurent dans le projet de loi de finances de la sécurité sociale ou dans les mesures fiscales du projet de loi de finances.

Ainsi, le projet de loi de financement pour 2005 prévoit des mesures en faveur des adolescents (mise en place d'un entretien de santé personnalisé en cinquième) et des familles adoptantes (doublement de la prime d'adoption) et la réforme des modalités de financement de l'Union nationale des associations familiales (UNAF). De plus, l'article 68 du projet de loi de finances pour 2005 prévoit de porter le plafond annuel des dépenses ouvrant droit à la réduction d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile de 10.000 euros à 15.000 euros à compter du 1^{er} janvier 2005. **Les dépenses en faveur de la famille et de l'enfance inscrites sur le budget de l'État devraient représenter 1,06 milliards d'euros en 2005, soit une hausse de 12,2 % par rapport aux crédits votés en 2004.**

Demeurent à la charge de l'État essentiellement des dépenses de transfert, c'est-à-dire principalement l'allocation de parent isolé et les dépenses de transfert, comme le montre le graphique suivant

REPARTITION DES CREDITS DE LA FAMILLE



A.- L'ALLOCATION DE PARENT ISOLE

L'allocation de parent isolé a pour objet d'apporter un minimum de ressources aux personnes assumant seules la charge d'un ou plusieurs enfants. Il s'agit d'une allocation différentielle versée par les caisses d'allocations familiales ou la mutualité sociale agricole, soit pendant une période de 12 mois consécutifs dans la limite d'un délai de 18 mois à compter de la date d'ouverture du droit, soit jusqu'à ce que le plus jeune enfant à charge ait atteint son troisième anniversaire. La revalorisation de l'allocation est indexée sur l'évolution de la base mensuelle des allocations familiales. Cette allocation bénéficie à près de 5 % des bénéficiaires de minima sociaux et concerne pour l'essentiel des femmes jeunes ayant le plus souvent un seul enfant de moins de trois ans à charge. En décembre 2003 (en glissement annuel), elle a été versée à 187 637 personnes soit une évolution de 4,4 %.

En 2005, les crédits affectés à cette allocation représenteraient 862,77 millions d'euros, soit une hausse de 12,09 % par rapport à 2004.

ÉVOLUTION DE DEPENSES DE L'API

	2000	2001	2002	2003	2004
Dépense totale	721,16	752,65	794,81	832,16	770

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

En 2004, la réforme de la prestation d'accueil du jeune du jeune enfant a failli remettre en cause gravement l'allocation de parent isolé. En effet, l'instauration, depuis le 1^{er} janvier 2004, de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), qui a remplacé les différentes allocations d'accueil et de garde du jeune enfant, au nombre de six, lésait les mères isolées les plus pauvres, qui touchent l'allocation de parent isolé (API). Celles d'entre elles qui auraient eu un enfant après le 1^{er} janvier 2004 auraient pu toucher jusqu'à 1 300 euros de moins que celles, dans la même situation financière qui auraient eu un enfant avant cette date. Au total près de 40.000 jeunes mères auraient été perdantes, et 50 millions d'euros auraient été économisés pour les finances publiques. En effet, l'API complète les autres revenus (allocations, salaires,...) des mères isolées pour leur garantir un minimum de 530 euros par mois quand elles sont enceintes et de 806 euros par mois après la naissance du premier enfant. L'ex-allocation pour jeune enfant (APJE) – l'une des six prestations que la PAJE remplace – bénéficiait d'un régime dérogatoire : elle s'ajoutait à l'API et ne venait pas la réduire. La PAJE, en revanche, était soumise au droit commun et n'était donc pas cumulable avec l'API.

Pour rectifier cette situation, le décret n° 2004–189 du 27 février 2004 a reconduit ses règles de cumul : la prime à la naissance, l'allocation de base versée jusqu'aux trois mois de l'enfant et le complément de libre choix du mode de garde de la PAJE sont cumulables avec l'API. Ces dispositions ont été appliquées rétroactivement depuis le 1^{er} janvier 2004.

Le manque de préparation de cette réforme pourrait être critiquée. Mais on peut se demander si, sous couverts de réformer l'accueil du jeune enfant, le Gouvernement n'a pas voulu faire des économies au détriment des mères isolées. On peut ainsi constater que la loi de finances pour 2004 prévoyait une baisse des crédits consacrés à l'allocation de parent isolé de 4,4 %, soit 32 millions d'euros. Aucune information n'avait été fournie à votre Rapporteur sur les raisons de cette baisse. Il semble qu'il était bien prévu que l'allocation serait moins généreuse.

B.– LES TUTELLES ET CURATELLES

Les mesures mises en place et prévues par le Code civil (sauvegarde de justice, curatelle et tutelle) sont destinées à protéger les personnes dont les capacités intellectuelles ou psychiques sont altérées. Ces mesures touchent plus de

600 000 personnes, soit près de 1% de la population française. Elles sont confiées en priorité à la famille. Mais, lorsqu'elle ne peut en assumer la charge, la mesure est déferée à un tiers : les gérants de tutelle (article 499 du Code civil) – hospitaliers ou privés – qui gèrent environ 100.000 mesures, et surtout l'État (article 433 du Code civil et décret du 6 novembre 1974 modifié).

Les mesures de tutelle et de curatelle d'État (157.400 fin 2003) sont exercées essentiellement par les associations (principalement les Unions départementales des associations familiales). La rémunération de ces organismes est assurée par un prélèvement sur les ressources des majeurs et, à titre subsidiaire, par un financement de l'État. Les majeurs concernés disposent d'un revenu faible (88 % des ressources inférieures ou égales au SMIC brut).

Les dépenses de tutelle et de curatelle devraient représenter en 2005 170,2 millions d'euros, soit une hausse de 14,23 % par rapport à 2004.

L'évolution du dispositif de tutelle et de curatelle est rappelée dans le tableau suivant :

ÉVOLUTION DU DISPOSITIF DE TUTELLE ET DE CURATELLE D'ÉTAT

(en millions d'euros)

	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre de mesures au 31 décembre	111.125	125.541	139.768	153.207	157.400
Augmentation nette (en nombre)	11.282	14.416	14.227	13.439	n.d.
Crédits (LFI + LFR + fonds de concours)	96,7	110,5	127,02	135,6	128,5

(1) décompte provisoire

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

La loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance a prévu dans son article 17 une expérimentation de nouvelles modalités de financement des mesures de tutelle. Cette expérimentation s'est déroulée en 2004 dans dix départements et va être prolongée en 2005 avec une extension à d'autres départements pour une éventuelle généralisation en 2006, sous réserve de l'adoption d'une mesure législative à cet effet.

L'objectif est de mettre en place un financement par dotation globale afin d'accorder aux services gestionnaires des moyens financiers adaptés à l'action à conduire. Les résultats de cette expérimentation permettront de disposer d'une base de référence concernant les besoins financiers des intervenants dans l'exercice des mesures de tutelle au regard des caractéristiques de leur activité afin de pouvoir généraliser dans de bonnes conditions un nouveau système de financement. Le système actuel, fondé sur la rémunération mensuelle de la mesure exercée, présente les défauts majeurs d'être particulièrement inflationniste et de ne pas lier le financement à la nature et à la qualité du service rendu.

C.–DES DETTES DEMEURENT SUR CES DEUX POSTES

Les dettes sur ces deux postes étaient les suivantes au 31 décembre 2003 :

DETTES SUR LES CRÉDITS DE LA FAMILLE AU 31 DÉCEMBRE 2003

(en millions d'euros)

Tutelle et curatelle d'État	34,273	Dettes contractées envers des organismes publics et privés agréés
Remboursement de l'allocation de parent isolé	1,914	Dettes contractées envers la Caisse nationale d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole.

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

II.– LES INTERVENTIONS EN FAVEUR DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE

La huitième conférence de la famille qui s'est tenue le 29 juin 2004, sous l'égide du Premier Ministre et de la ministre de la Famille et de l'enfance, était consacrée cette année aux adolescents qui constituent, sur l'hexagone, une population de 5,4 millions de personnes âgées de 11 à 17 ans.

La Conférence de la famille a annoncé les mesures suivantes :

– *valorisation des actions qui facilitent l'entrée des adolescents dans la vie civique et associative ainsi que la découverte du monde du travail.* Les adolescents se verront proposer un « passeport de l'engagement » dès l'entrée en 6^{ème} pour consigner leurs expériences ; ce document a vocation à être présenté comme une aide au choix dans le processus d'orientation scolaire. Les maires seront invités à organiser un événement particulier à l'occasion de la remise de la carte électorale. Les « jobs de vacances » seront facilités notamment par des exonérations fiscales alignées sur le régime applicable aux apprentis,

– *meilleure prise en compte des besoins de santé spécifiques aux adolescents* avec la mise en place d'un bilan de santé personnalisé en classe de 5^{ème} et le développement des maisons de l'adolescent pour faciliter la mise en réseau des acteurs autour des adolescents et de leur famille en matière sanitaire. Un autre volet consiste en l'amélioration de la formation en santé des professionnels en contact avec les adolescents, pouvant notamment comporter une réorganisation des diplômes inter-universitaires. Enfin les services anonymes d'écoute téléphonique existants seront réorientés en direction des publics adolescents,

– *développement de l'autonomie de l'adolescent par l'accès aux loisirs, à la culture et aux sports, en s'appuyant sur le rapprochement intergénérationnel.* Les adolescents seront invités à diffuser leur savoir-faire au sein du futur réseau « jeunes médiateurs internet ». L'organisation chaque année d'un « week-end du sport en famille » favorisera toutes les initiatives émanant du monde sportif autour d'activités physiques intergénérationnelles. Dans cette même logique de solidarité entre les générations, l'hébergement temporaire au sein d'un réseau de familles d'accueil sera favorisé, par exemple à l'occasion d'un emploi saisonnier ou d'une formation. D'abord expérimentale, cette mesure sera évaluée avant d'être généralisée.

Ces mesures ont une portée limitée et sont essentiellement informatives.

A.– LES INTERVENTIONS EN FAVEUR DE L'ENFANCE A L'ECHELON CENTRAL

Parmi des interventions effectives résiduelles, les crédits non déconcentrés (**chapitre 46-34, article 10**) ne représentent eux-mêmes que moins d'un quart du total des moyens mobilisés.

En 2004, les crédits disponibles s'élevaient à 6,19 millions d'euros (soit 5,59 millions d'euros hors réserve parlementaire). Une mesure nouvelle de 400.000 euros a été prévue pour la création de l'observatoire de l'enfance en danger.

ÉVOLUTION DES CRÉDITS NON DÉCONCENTRÉS CONSACRÉS À LA FAMILLE ET À L'ENFANCE

(en milliers d'euros)

	2003	2004
Actions en faveur de la famille		
Organismes nationaux familiaux	1.323	1.529
Soutien à la parentalité	610	132,25
Actions en faveur de l'enfance		
Protection et droits de l'enfant	290	380,49
Enfance maltraitée	2.117	2,29
Accompagnement scolaire	1.150	1.861
Autres actions		
Total	5.490	6,19

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

Ces crédits comprennent, au titre de la ligne « organismes nationaux et familiaux », une subvention de fonctionnement de 180.000 euros au **Centre national d'information et de documentation des femmes et des familles**, dont le budget s'élève à 2,17 millions d'euros.

En 2004, a été créé l'observatoire de l'enfance en danger.

L'observatoire national de l'enfance en danger

L'observatoire a une vocation de recueil et d'analyse des données chiffrées et des études concernant la maltraitance envers les mineurs en provenance des autorités publiques (État et collectivités territoriales) et des associations œuvrant en ce domaine. Il contribue à une mise en cohérence des différentes données et informations. L'observatoire a pour finalité d'améliorer la connaissance des phénomènes de maltraitance, d'éclairer les débats et d'aider à la prise de décision dans le but de développer les pratiques de prévention, de dépistage et de prise en charge de la maltraitance. Les efforts de l'observatoire doivent concourir à ce que les institutions, organismes et services qui en sont membres prennent les initiatives et accomplissent les travaux en vue d'aboutir à une connaissance, aussi exhaustive que possible, harmonisée et partagée de la maltraitance des mineurs. À cet effet, l'observatoire privilégie la construction de partenariats associant ses adhérents et les autres acteurs concernés, la mise en place de groupes de travail, l'incitation et l'appui technique et méthodologique, la mise en commun des ressources, les échanges de données et d'informations, la diffusion des idées et des bonnes pratiques.

Quant au **Haut Conseil de la population et de la famille**, organisme placé sous la présidence du Président de la République, il est chargé d'éclairer, par ses avis, le Président et le Gouvernement sur les problèmes démographiques et leurs conséquences à moyen et long termes ainsi que sur les questions relatives à la famille.

Le Défenseur des enfants a été institué par la loi n° 2000-196 du 6 mars 2000. La loi a été complétée par celle du 22 janvier 2002 pour les collectivités d'outre-mer et du 18 mars 2003 pour étendre les pouvoirs du Défenseur. M^{me} Claire Brisset a été nommée « *Défenseure des enfants* » le 3 mai 2000 pour six ans.

L'article 12 de la loi prévoyait l'inscription des crédits nécessaires à l'accomplissement de sa mission au budget du Premier ministre. Il s'agit d'une autorité indépendante chargée de défendre et de promouvoir les droits de l'enfant. Elle reçoit les réclamations individuelles d'enfants mineurs ou de leurs représentants légaux qui estiment qu'une personne publique ou privée n'a pas respecté les droits de l'enfant. La saisine directe est une originalité par rapport au Médiateur de la République. Cette saisine peut même être effectuée *via* l'Internet.

Votre Rapporteur spécial n'ignore pas les critiques émises à l'encontre de l'institution, comme, d'une façon plus générale, à l'encontre du foisonnement des autorités administratives indépendantes⁽¹⁾. Mais le développement des médiatures répond à l'évidence aux nécessités de notre société. Créé par le législateur, le Défenseur des enfants est, de ce point de vue, un organisme incontestable, compte tenu de son objet.

L'institution dispose de 24 collaborateurs au siège parisien, dont 10 sont mis à disposition ou détachés et 14 contractuels, ainsi que d'une équipe de 36 correspondants territoriaux, dont la présence sur le terrain est évidemment indispensable. L'ensemble n'avait pas de traduction budgétaire dans les crédits des Services généraux du Premier ministre, dans la mesure où seul l'emploi du Défenseur y était indiqué. Le transfert vers les crédits de la Famille ne modifiera en rien cette situation.

Le présent projet de loi prévoit de reconduire en 2005 la dotation de 2004, soit 1,907 millions d'euros.

Votre Rapporteur spécial note avec regret que le Défenseur ne présente aucun objectif. Aucune orientation précise n'est avancée. Aucun indicateur n'est disponible, pas même s'agissant des délais de traitement des dossiers.

(1) Voir notamment le rapport du Conseil d'État de 2001.

B.– LES ACTIONS EN FAVEUR DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE A L'ECHELON DECONCENTRE

Le tableau suivant montre l'évolution des dépenses entre 2004 et 2005 :

ÉVOLUTION DES CRÉDITS DÉCONCENTRÉS CONSACRÉS À LA FAMILLE ET À L'ENFANCE

(en milliers d'euros)

	2003	2004
Actions en faveur de la famille		
Heures d'information conjugale	2.667	2.628
Médiation familiale	1.900	3.024
Soutien à la parentalité	9.604	9.206
Actions en faveur de l'enfance		
Actions en faveur de la jeunesse	1.675	1.803
Autres actions	1.404	3.272
Total	17.283	19.933

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

En 2004, les crédits déconcentrés s'élèvent à 19,93 millions d'euros, en hausse de 14,7 % par rapport en 2003, sous l'effet des mesures nouvelles suivantes, annoncées lors de la conférence de la famille :

MESURES NOUVELLES EN FAVEUR DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE EN 2004

(en milliers d'euros)

Développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication à l'intention des familles	850
Mise en place de « points information familles »	850
Développement de la médiation familiale	700
Développement de l'accompagnement à la scolarité	200
Total	2.600

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale.

Les crédits non déconcentrés devraient représenter 8,89 millions d'euros en 2005. Une mesure nouvelle 3 millions d'euros est prévue, destinée à la création de l'agence française pour l'adoption, à la création de maisons des adolescents et au versement d'aides au bénéfice d'organismes habilités pour l'adoption (O.A.A.).

EXAMEN EN COMMISSION

Au cours de sa séance du 3 novembre 2004, votre Commission a ensuite examiné les crédits de la Santé, de la famille, des personnes handicapées et des personnes âgées ainsi que les articles 77, 78 et 79 rattachés à ces crédits.

Votre Rapporteur spécial a présenté le budget de la Santé, de la famille, des personnes handicapées et des personnes âgées qui devrait représenter 9,69 milliards d'euros en 2005, soit une légère hausse de 0,84 % par rapport à 2004. S'agissant des crédits du ministère de la Santé, la dotation prévue en 2005 devrait être de 8,63 milliards d'euros, soit une baisse de 0,39 % des crédits à périmètre constant. Les crédits de la politique de santé publique et de sécurité sanitaire s'élèveraient à 372,64 millions d'euros, soit une hausse de 15,8 % par rapport à 2004. Ces crédits sont notamment destinés à la lutte contre le cancer et à la mise à niveau des dispositifs de veille et de sécurité sanitaire. S'agissant de l'offre et de l'accès aux soins, on constate un véritable désengagement de l'État dans le secteur sanitaire et social. En témoignent la disparition du Fonds d'investissement et de modernisation des hôpitaux (FIMOH), l'année dernière, ainsi que la chute en 2004 comme en 2005 des crédits destinés à l'investissement sanitaire. Les crédits consacrés à l'offre et à l'accès aux soins devraient donc représenter 788,96 millions d'euros en 2005, soit une baisse de 25,14 % par rapport à 2004. Cette baisse résulte aussi de la diminution de la dotation de l'État à la couverture maladie universelle complémentaire. Les crédits consacrés à la politique en faveur des personnes handicapées, qui financent principalement l'allocation adulte handicapé devraient représenter 6,39 milliards d'euros, soit une hausse de 3,64 %. Cette année est marquée par la mise en place de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les crédits affectés à cette caisse devraient permettre notamment de renforcer les moyens des centres d'aide par le travail (CAT).

S'agissant des crédits de la politique en faveur des personnes âgées, ils devraient représenter 17 millions d'euros en 2005, soit une baisse de 59,52 %. Cette baisse est notamment liée à la décentralisation et aux transferts aux collectivités territoriales des Comités départementaux des retraités et personnes âgées, des Conférences régionales des retraités et personnes âgées ainsi que des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Le projet de loi de finances prévoit à ce titre un transfert de ressources financières aux départements d'un montant de 23 millions d'euros. On constate aussi une baisse forte des investissements en faveur des établissements accueillant des personnes âgées, notamment dans le cadre des contrats de plans État-régions.

La politique de la famille comprend principalement l'allocation de parents isolés et les dépenses de curatelle : 1,6 milliard d'euros devraient être attribués à cette politique. S'agissant de la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances, il est prévu de créer une mission « Santé » et une mission ministérielle « sécurité sanitaire ». Si le découpage prévisionnel en missions, programmes et actions paraît plutôt pertinent, le projet d'un programme « Conception et gestion des politiques de santé » qui réunit l'ensemble des services et moyens de fonctionnement du ministère, c'est-à-dire les fonctions support, est contraire à l'économie de la loi organique. Ce budget répond aux orientations fixés par le Gouvernement en matière de santé publique, mais il marque une remise en cause de l'investissement sanitaire c'est pourquoi le Rapporteur spécial a indiqué qu'il émettrait un avis défavorable au vote du budget.

Votre Commission a, contre l'avis du Rapporteur spécial, *adopté* les crédits de la Santé, de la famille et des personnes handicapées figurant aux états B, titres III et IV et aux états C, titres V et VI et *vous demande d'émettre un vote favorable à leur adoption.*

Article 77

Augmentation des recettes du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (CMUC)

Texte du projet de loi :

I. Les sommes à percevoir à compter du 1^{er} janvier 2005 au titre de la cotisation sur les boissons alcooliques prévue à l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale sont intégralement affectées au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie mentionné à l'article L. 862-1 du code de la sécurité sociale.

II. Au III de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, le montant : « 75 euros » est remplacé par celui de : « 76,13 euros ».

III. A l'article L. 862-6 du même code, les mots : « de la déduction » sont remplacés par les mots : « des déductions ».

Exposé des motifs du projet de loi :

La couverture maladie universelle complémentaire assure le bénéfice d'une complémentaire santé à plus de 4,8 millions de personnes. Elle est aujourd'hui financée par une contribution des organismes de protection complémentaire et par une dotation d'équilibre versée par l'État. En 2005, le nombre de bénéficiaires sera accru par l'octroi, à 300 000 enfants supplémentaires, du bénéfice de la CMU-C.

Pour financer ces mesures, le fonds CMU-C bénéficiera désormais de l'intégralité du rendement de la cotisation sur les boissons alcooliques de plus de 25 degrés, précédemment affectée à la CNAMTS, soit 370 millions €.

Observations et décision de la Commission :

La loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle a constitué une avancée importante de la protection sociale en réalisant un des objectifs fondateurs de la sécurité sociale : l'universalité de la protection contre le risque maladie. Cette loi a mis en place à la fois une couverture maladie de base et une couverture maladie complémentaire. La première relève de l'assurance maladie, la seconde devait être prise en charge quasi exclusivement par l'État.

Or l'article 140 de la loi de finances pour 2004 a posé la première pierre du désengagement financier de l'État de ce dispositif de solidarité au détriment de l'assurance maladie. L'article 56 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a amplifiée cette évolution critiquable : il a créé un crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuelle. Or, comme le montre le présent projet de loi de finances, la charge financière de ce dispositif est *in fine* supportée par l'assurance maladie.

Le présent article poursuit cette évolution très critiquable de désengagement de l'État au détriment de l'assurance maladie : il attribue au fonds CMU l'intégralité du rendement de la cotisation sur les boissons alcooliques de plus de 25 degrés, précédemment affectée à la CNAMTS, soit 370 millions d'euros.

I.- LA CMU COMPLEMENTAIRE : UNE AVANCEE MAJEURE DE LA PROTECTION SOCIALE

Au 31 mars 2004, la couverture maladie permettait à 1,694 million de personnes de bénéficier d'une couverture maladie de base sur simple critère de résidence et sous condition de ressources ⁽¹⁾, en vertu de l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale, et à **4,34 millions de personnes de bénéficier d'une couverture complémentaire** sous condition de ressources ⁽²⁾, en application de l'article L. 861-1 du même code. La CMU complémentaire garantit la dispense d'avance de frais et le panier de soins suivant : prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier hospitalier et des dépassements en matière optique, dentaire et de correction auditive, dans la limite des tarifs prévus par arrêté.

La **CMU de base** est gérée par les caisses primaires d'assurance maladie ou les caisses générales de sécurité sociale dans les départements d'outre-mer, et de façon dérogatoire par les caisses de mutualité sociale agricole. Son financement relève des lois de financement de la sécurité sociale. Le présent article ne traite que de la **CMU complémentaire**, dont le nombre de bénéficiaires a évolué comme suit depuis sa création :

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES DE LA CMU COMPLEMENTAIRE

	Nombre de bénéficiaires	Évolution
Janvier 2000 (estimation)	3.300.000	—
Décembre 2000	5.059.835	+ 53,33 %
Décembre 2001	4.716.001	- 6,80 %
Décembre 2002	4.568.994	- 3,12 %
Décembre 2003	4.813.474 ⁽¹⁾	+ 5,35 %

(1) dont 4.484.836 pour le régime général (estimation)

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

Dans l'ensemble de la France (métropole et DOM), 1.360.608 personnes sont entrées dans le dispositif de la CMU complémentaire au cours de l'année 2003 et 14 % d'entre elles ont choisi un organisme de protection sociale complémentaire pour faire gérer leurs prestations. Sur les trois premiers mois de l'année 2004, le nombre de nouveaux bénéficiaires est estimé à 357.423, contre 355.962 sur les trois premiers mois de l'année 2003, soit une très légère augmentation (+ 0,41 %).

La CMU complémentaire est gérée par le **Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie** ou « Fonds CMU », établissement public national à caractère administratif institué par l'article L. 862-1 du code de la sécurité sociale.

(1) À compter du 1^{er} octobre 2003, les ressources du foyer fiscal ne doivent pas excéder 6.721 euros par an.

(2) 562 euros par mois pour une personne seule (6.744 euros par an), 843 euros pour deux personnes (10.116 euros par an).

L'article L. 861-4 du code de la sécurité sociale prévoit que les bénéficiaires de la CMU obtiennent la prise en charge de leurs prestations :

– soit auprès des organismes d'assurance maladie, gestionnaires de ces prestations pour le compte de l'État ;

– soit par adhésion à une mutuelle, ou par souscription d'un contrat auprès d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise régie par le code des assurances.

Le tableau suivant décrit, au 31 décembre 2002, la répartition des bénéficiaires par régime :

**REPARTITION PAR REGIME D'ASSURANCE MALADIE CHARGE D'ATTRIBUER LA CMU
COMPLEMENTAIRE**

Régimes d'attribution	Gestion par le régime obligatoire	Gestion par les organismes complémentaires	Total
Régime général (sauf sections locales mutualistes)	3.899.460	585.403	4.484.863
Régime agricole	130.375	22.232	152.607
Régime des travailleurs non salariés non agricoles	97.380	35.777	133.157
Autres régimes et sections locales mutualistes (estimation)	31.355	10.292	41.847
Total	4.158.770	653.704	4.812.474

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

Au 31 décembre 2003, 86,40 % des titulaires de la CMU complémentaire étaient gérés par une caisse d'assurance maladie et 13,60 % par un organisme complémentaire. Parmi les 492 organismes complémentaires participant à la CMU complémentaire, on comptait, au 31 décembre 2003, 441 mutuelles, 38 sociétés d'assurance et 13 institutions de prévoyance.

**II.- LE DESENGAGEMENT PROGRESSIF DE L'ÉTAT DANS LE FINANCEMENT
DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLEMENTAIRE**

La loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle avait prévu que le fonds CMU serait alimenté par une contribution des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises d'assurance et par une dotation budgétaire. Aucune charge financière n'était mise à la charge de l'assurance maladie. Le financement devait donc reposer quasi exclusivement sur l'État.

Ce principe a été remis en cause par l'article 140 de la loi de finances pour 2004, qui a constitué la première étape du désengagement de l'État dans le financement de cette dépense de solidarité.

A.– DANS LE DISPOSITIF INITIAL, LA COUVERTURE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ETAIT FINANCEE QUASI EXCLUSIVEMENT PAR L'ÉTAT

Dans le dispositif initial, l'article L. 862-2 du code de la sécurité sociale prévoyait que les dépenses du fonds CMU étaient constituées :

- par le remboursement aux organismes de sécurité sociale d'un montant égal, à l'euro près, aux dépenses engagées par eux dans le cadre de la CMU complémentaire ;
- par le versement aux organismes complémentaires d'une somme forfaitaire par bénéficiaire dont ils gèrent les prestations ;
- par les frais de gestion administrative du fonds.

Les ressources du fonds étaient définies à l'article L. 862-3 :

- une contribution trimestrielle des organismes complémentaires égale à 1,75 % du montant hors taxes des primes ou cotisations émises au cours d'un trimestre civil, afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé ;
- une dotation budgétaire de l'État destinée à équilibrer le fonds, étant précisé que le solde annuel des dépenses et des recettes du fonds doit être nul.

Pour 2003, les résultats du fonds CMU ont été les suivants :

RÉSULTATS DU FONDS CMU EN 2003

(en millions d'euros)

Charges		Produits	
Versements aux organismes de sécurité sociale	1.210	Dotation budgétaire de l'État (chapitre 46-82)	970
Versements aux organismes de couverture maladie complémentaire	62	Contribution de 1,75 % à la charge des organismes de couverture maladie complémentaire	245
Dotation aux amortissements et aux provisions	202	Reprise sur provisions	143
Gestion administrative	1		-
Résultat (excédent)	-	Résultat (déficit)	117
Total des charges	1.475	Total des produits	1.475

Source : Fonds CMU

En 2003, le montant de la dotation de l'État a été de 970 millions d'euros, en fonction des hypothèses suivantes :

- une baisse de 200.000 bénéficiaires en moyenne annuelle ;
- une progression de la dépense individuelle de 5,3 % ;
- une progression de l'assiette de la contribution des organismes complémentaires de 8 %.

Ce montant intègre par ailleurs les mesures nouvelles suivantes, issues de l'article 136 de la loi de finances pour 2003 :

- une modification de la date d'ouverture des droits ;
- une modification des modalités de revalorisation du plafond de ressources ;
- un développement des échanges entre les caisses et l'administration fiscale pour le contrôle des déclarations de ressources ;
- une revalorisation de la déduction que les organismes complémentaires gérant des bénéficiaires de la CMU peuvent pratiquer sur le montant de la contribution de 1,75 %, de 228 euros à 283 euros par bénéficiaire géré et par an.

L'impact de ces mesures sur les comptes du Fonds CMU devrait être globalement neutre. En effet, les mesures d'économie (les trois premières) ont été conçues pour gager financièrement le coût de la dernière, estimé à 32 millions d'euros. **Votre Rapporteur spécial tient à rappeler que les conditions d'adoption de cette restriction de l'accès aux droits n'ont pas permis de parer efficacement à la restriction de l'accès à la CMU, dont les effets ne sont pas encore totalement connus à ce jour.**

B.– LA LOI DE FINANCES POUR 2004 : PREMIERE ETAPE DU DESENGAGEMENT DE L'ÉTAT

L'article 140 de la loi de finances pour 2004 a, en premier lieu, fixé le forfait de déductibilité mentionné au III de l'article L. 861-4 du code de la sécurité sociale à 75 euros par trimestre. Les organismes complémentaires participants peuvent donc déduire, chaque année, jusqu'à 300 euros par bénéficiaire de la CMU complémentaire couvert par leurs soins ⁽¹⁾, ce montant venant s'imputer sur la contribution de 1,75 % qu'ils versent au fonds CMU. Si la déductibilité dépasse le montant de la contribution, le fonds verse directement la différence à l'organisme concerné.

Mais surtout, l'article 140 a prévu une modification des conditions de remboursement des caisses primaires, qui a impliqué un transfert de charge de 128 millions d'euros de l'État à l'assurance maladie. Sous prétexte de mettre fin à la différence de traitement entre organismes de sécurité sociale et organismes de protection sociale complémentaire, l'article 140 a supprimé le « *le versement aux organismes de sécurité sociale d'un montant égal aux dépenses* » supportées au titre de la CMU complémentaire, remboursement à l'euro près et l'a remplacé par un remboursement au forfait selon le mécanisme prévu pour les organismes complémentaires.

(1) Fixé initialement, en 2000, à 228 euros par an, ce droit à déduction a été réévalué par l'article 136 de la loi de finances pour 2003 à 283 euros.

Votre Rapporteur spécial⁽¹⁾ avait montré les conséquences très critiquables de cette disposition :

– **elle méconnaît les rôles relatifs des deux types d'organismes.** L'article L. 861-4 du code de la sécurité sociale dispose en effet à propos des prestations de la CMU complémentaire qu'elles peuvent être obtenues « *auprès des organismes d'assurance maladie, gestionnaires de ces prestations pour le compte de l'État* ». Étant remboursées de l'intégralité des montants versés, **les caisses assurent une simple avance de trésorerie à l'État**, les sommes correspondantes apparaissant dans les comptes de la CNAM conformément à cette logique. Les caisses agissent donc pour le compte de l'État, tandis que les organismes de la protection sociale complémentaire concluent des contrats. L'article 140 de la loi de finances pour 2004 implique une transformation des caisses primaires d'assurance maladie en assureurs complémentaires porteurs d'un risque financier, alors que tel n'est ni leur métier ni leur vocation,

– **elle a impliqué surtout un transfert de charge de l'État vers l'assurance maladie de 128 millions d'euros.** L'économie globale pour le Fonds CMU de cette double réforme est de 117 millions d'euros. Ce montant se décompose en un coût de près de 11 millions d'euros pour la revalorisation du forfait, et un transfert de charge de plus de 128 millions d'euros vers l'assurance maladie, sur la base de 3,91 millions de bénéficiaires dont la situation est gérée par les caisses, de 635.000 bénéficiaires utilisant un organisme complémentaire, et d'une dépense moyenne par bénéficiaire de près de 333 euros.

En 2004, la dotation de l'État s'est élevée à 946,56 millions d'euros ; dotation qui reposait sur les prévisions suivantes :

- des effectifs stables, à 4,5 millions en moyenne annuelle ;
- une progression de la dépense individuelle moyenne de 6 % ;
- une progression de l'assiette de la contribution des organismes complémentaires de 8 % ;
- une économie globale de 117 millions d'euros issue des mesures de l'article 140 de la loi de finances pour 2004.

Pour tenir compte d'un coût des soins plus important dans les départements d'outre-mer, le Gouvernement a décidé d'y majorer le plafond de ressources de la CMU complémentaire de 10,8 % par rapport au plafond applicable en métropole. Une telle mesure permet notamment aux titulaires isolés du minimum vieillesse et aux titulaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) dans les DOM, ne disposant pas d'autre revenu que leur allocation, de bénéficier de la CMU complémentaire. Cette majoration est entrée en vigueur le

(1) *Rapport spécial relatif aux crédits de la santé, famille et personnes handicapées, projet de loi de finances pour 2004, Gérard Bapt (n°110 annexe 38)*

1^{er} septembre 2003. Son coût, financé sur les crédits du ministère de l'outre-mer, est estimé en année pleine à 50 millions d'euros.

C.— LA LOI DU 13 AOUT 2004 RELATIVE A L'ASSURANCE MALADIE A ACCRU LES CHARGES SUPPORTEES PAR LA CNAMTS

L'article 56 de la loi n° 2004–810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé un crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels. Cet article permet d'ouvrir le bénéfice d'une couverture complémentaire santé à des personnes qui en étaient exclues en raison d'un effet de seuil très pénalisant, conséquence des modalités d'application de la couverture maladie universelle complémentaire.

A.— FAIRE PROGRESSER LE DISPOSITIF : UNE NECESSITE

La montée en charge du dispositif de la couverture maladie universelle a révélé que de nombreuses personnes étaient encore exclues d'une protection complémentaire de santé.

Un avenant à la convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour la période de 2000 à 2003 prévoit que les caisses assurent au moyen de leurs crédits d'action sanitaire et sociale une aide à l'amélioration de la couverture maladie des personnes dont les ressources sont immédiatement supérieures au plafond de la CMU complémentaire. Ces stipulations ont fait l'objet, en date du 10 juin 2004, d'un avenant de prolongation et d'actualisation jusqu'à la signature de la prochaine COG et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2005. Cet avenant a relevé les seuils relatifs à l'aide :

– les personnes ou les foyers dont les ressources, au sens des règles d'appréciation en vigueur pour la CMU complémentaire, n'excèdent pas plus de 12,7 % (et non plus 10 %) le plafond de la CMU complémentaire peuvent bénéficier de ce dispositif. Ce relèvement du plafond de ressources permet aux titulaires isolés du minimum vieillesse et aux titulaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), ne disposant pas d'autre revenu que leur allocation d'en bénéficier ;

– le montant de l'aide est fixé à 150 euros (au lieu de 115 euros) par an pour une personne seule et varie en fonction de la composition du foyer et de l'âge du bénéficiaire. Il peut également être modulé en fonction des ressources.

L'évolution des crédits affectés à l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire jusqu'en 2003 est retracée dans le tableau ci-dessous :

**AIDE A L'ACQUISITION D'UNE COUVERTURE MALADIE
COMPLEMENTAIRE**

(en millions d'euros)

	2002	2003
Report des années précédentes	51,5	79,38
Budget initial	66,29	80,73
Budget exécuté	38,41	32,94
Montant total du FNASS	612,71	623,24

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

Ce dispositif présentait cependant des limites. Le rapport Chadelat constatait ainsi, il y a un peu plus d'un an, que si la création de la CMU complémentaire en 1999 avait pris acte du fait que la couverture de base ne suffisait pas à garantir un accès satisfaisant aux soins, elle était néanmoins *« handicapée par un très fort effet de seuil. La situation est d'autant plus préjudiciable que ce seuil a été fixé à un niveau bas pour des raisons financières »*. Il estimait que *« 5 % des Français, soit 3 millions de personnes, demeureraient exclues d'une protection complémentaire pour des raisons financières »*. Aussi ce rapport suggérait-il *« la création d'une aide personnalisée à l'achat d'une assurance maladie complémentaire de base »*.

**B.– UNE REFORME QUI ALOURDIT LES CHARGES SUPPORTEES PAR
L'ASSURANCE MALADIE**

L'article 56 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit l'ouverture d'un droit à un crédit d'impôt pour les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits auprès d'une mutuelle, d'une société d'assurance ou d'une institution de prévoyance par les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond en vigueur pour la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 15 %.

Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge (l'âge étant apprécié au 1^{er} janvier de l'année) des personnes composant le foyer. Il est fixé aux montants suivants :

- 75 euros par personne âgée de moins de 25 ans,
- 150 euros par personne âgée de 25 à 59 ans,
- 250 euros par personne âgée de 60 ans et plus.

Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à un seul crédit d'impôt.

La mutuelle, la société d'assurance ou l'institution de prévoyance auprès de laquelle le contrat a été souscrit peut déduire du montant de la cotisation ou de la prime annuelle le crédit d'impôt, celui-ci ne pouvant excéder le montant de la cotisation ou de la prime. Les organismes de prévoyance peuvent déduire de la contribution, à laquelle ils sont assujettis en vertu de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, un montant correspondant au quart du crédit d'impôt afférent aux contrats en vigueur. La gestion du crédit d'impôt est confiée au fonds de financement de la CMU complémentaire.

Cette réforme n'est pas critiquable dans son principe – il est légitime de permettre à des publics défavorisés de bénéficier d'une assurance maladie complémentaire – mais dans son financement car l'article 56 prévoit que les dépenses du fonds de financement de la CMU (c'est-à-dire la perte de recettes résultant du crédit d'impôt) sont financées par une dotation globale de l'assurance maladie.

Le projet de budget de la santé pour 2005 prévoit ainsi un transfert de 100 millions d'euros de l'assurance maladie vers le fonds CMU.

Ce transfert appelle plusieurs remarques.

Cette dotation sera probablement imputée sur les prestations extra-légales, c'est-à-dire l'utilisation des crédits d'action sociale, regroupés dans le fonds d'action sanitaire et sociale, prestations qui représentent 506,7 millions d'euros en 2004 et devrait représenter 532 millions d'euros en 2005. Or, la dotation du fonds d'action sanitaire et sociale affectée à l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire représentait, en 2003, 80,73 millions d'euros en 2003. Le transfert de 100 millions d'euros de l'assurance maladie vers le fonds CMU représente donc une charge supplémentaire. Sachant que l'action sanitaire et sociale des CPAM représente un budget de 140 millions d'euros : il ne restera plus que 40 millions d'euros pour financer ces actions pourtant primordiales.

Par ailleurs, de fortes incertitudes pèsent sur la montée en charge de ce crédit d'impôt : l'assurance maladie pourrait voir sa dotation augmenter considérablement et automatiquement. Le Gouvernement a évalué durant le débat législatif le nombre de bénéficiaires à 2 millions. Cela pourrait donc représenter un coût total de 300 millions d'euros pour l'assurance maladie.

Outre le fait que ce crédit d'impôt implique un peu plus l'assurance maladie dans le financement de la couverture maladie complémentaire, ce qui n'était pas initialement son rôle, il pourrait à terme représenter une lourde charge financière pour elle.

III.— UN CIRCUIT FINANCIER COMPLEXE QUI POURSUIT LE DESENGAGEMENT FINANCIER DE L'ÉTAT DANS LE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE COMPLEMENTAIRE

Le I du présent article prévoit d'affecter au fonds CMU, à compter du 1^{er} janvier 2005, l'intégralité du rendement de la cotisation sur les boissons alcooliques de plus de 25 degrés, précédemment affectée à la CNAMTS, soit 370 millions d'euros.

En contrepartie, en application de la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, l'État versera aux régions les crédits pour le financement du fonctionnement des instituts et écoles de formation infirmiers et sages-femmes, dépense auparavant à la charge de l'assurance-maladie. Cela représente un transfert de charge de l'assurance maladie vers l'État de **270 millions d'euros. Seule la moitié est prise en charge par l'État en 2005, soit 175 millions d'euros.** Pour compléter ce dispositif, l'article 42 du projet de loi de finances prévoit l'affectation de 1,09 milliard d'euros de droits sur les tabacs de l'État à la CNAMTS, dont 95 millions d'euros doivent équilibrer la perte de la cotisation sur les boissons alcooliques.

Au total, l'assurance maladie voit ses dépenses baisser de 175 millions d'euros et obtient 95 millions d'euros grâce à l'affectation de droits sur les tabacs, et perd 370 millions d'euros.

L'opération, présentée comme équilibrée, représente donc une perte pour l'assurance maladie de 100 millions d'euros.

L'opération devrait être équilibrée l'année prochaine lorsque l'État prendra à sa charge la totalité des dépenses de fonctionnement des écoles de formation para-médicales, soit 350 millions d'euros.

L'assurance maladie perd donc dans cette opération une ressource dont l'évolution était particulièrement dynamique : la cotisation sur les boissons alcooliques de plus de 25 degrés alors que l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale prévoit qu'il « *est institué, au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une cotisation perçue sur les boissons alcooliques en raison des risques que comporte l'usage immodéré de ces produits pour la santé.* »

Votre Rapporteur spécial constate que le désengagement de l'État dans le financement de la couverture maladie complémentaire se fait, une fois de plus, au détriment de l'assurance maladie. C'est pourquoi il proposera dans un amendement la suppression du I de cet article afin de maintenir à l'assurance maladie cette ressource.

Le présent article prévoit la perte de cette ressource pour la CNAMTS, sans que l'article L. 245-7 du code précité ne soit pour autant supprimé.

Si l'amendement de suppression du I du présent article n'était pas adopté, votre Rapporteur proposera donc un amendement de coordination qui supprimera l'article L. 245-7 du code précité.

Il faut que la Représentation nationale prenne acte par son vote que l'assurance maladie, aujourd'hui confrontée à un déficit abyssal, perd définitivement cette ressource au profit du fonds CMU dont le financement est censée être pris en charge quasi intégralement par l'État.

Le II du présent article fixe le forfait de déductibilité mentionné au III de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale à **76,13 euros** par trimestre. Les organismes complémentaires participants pourront donc déduire, chaque année, jusqu'à **304,52 euros** par bénéficiaire de la CMU complémentaire couvert par leurs soins, ce montant venant s'imputer sur la contribution de 1,75 % qu'ils versent au fonds CMU. Si la déductibilité dépasse le montant de la contribution, le fonds verse directement la différence à l'organisme concerné.

La revalorisation supplémentaire proposée par le présent article paraît devoir satisfaire les revendications répétées des organismes complémentaires qui indiquent que le panier de soins fixé par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale revient, par bénéficiaire, à un coût supérieur au forfait de déductibilité. Or un calcul simple, rapprochant le versement du Fonds CMU aux caisses de sécurité sociale du nombre de personnes qu'elles couvrent, montre que, pour l'année 2002, le coût moyen de la prise en charge d'un bénéficiaire a représenté 303 euros. En reprenant les hypothèses gouvernementales d'une progression de la dépenses individuelle de 5,3 % en 2003 et 6 % en 2004, ce coût serait porté à **plus de 338 euros par bénéficiaire en 2004. Dans ses propres hypothèses de calcul, le Gouvernement le chiffre à près de 326 euros.**

La revalorisation proposée est donc insuffisante, et c'est pourquoi votre Rapporteur spécial serait partisan d'une revalorisation automatique du forfait de déduction indexée sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie « rebasé » tel que fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale pour l'année en cours, sans exclure des « coups de pouce » si le rythme d'augmentation des dépenses constatées devait s'éloigner significativement de l'évolution du forfait. On voit mal en effet pourquoi le plafond de ressources ouvrant droit à la CMU complémentaire serait réévalué chaque année, sans que le niveau de prise en charge ne varie automatiquement.

Cela apparaît d'autant plus nécessaire que depuis 2004, les caisses primaires sont remboursées sur la base du forfait comme les organismes complémentaires, et que l'écart entre le forfait et le coût moyen de la prise en charge d'un bénéficiaire pèse sur l'assurance maladie.

Le III du présent article propose une coordination visant à corriger l'article L.862-6 du code de la sécurité sociale. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a ajouté, au III de l'article L. 862-4, à la déduction existante

au bénéfice des organismes complémentaires (c'est-à-dire **304,52 euros** par bénéficiaire de la CMU complémentaire couvert par leurs soins), la déduction résultant du crédit d'impôt. Par conséquent, la rédaction de l'article 862-6 du code précité est modifiée et ce sont donc « *les* » déductions et non « *la* » déduction qui sont mentionnées.

En 2005, la dotation de l'État devrait être de 660,57 millions d'euros, soit une baisse de 30,21 %. Cette dotation repose sur les prévisions suivantes :

- provision pour l'octroi à 300.000 enfants supplémentaires du bénéfice de la CMU-C en année pleine, soit une charge supplémentaire de 35 millions d'euros,
- alignement du forfait logement pris en compte dans la base de ressource sur celui appliqué pour le RMI, soit une économie de 21 millions d'euros,
- revalorisation de 1,5 % du forfait de déductibilité dont bénéficient les organismes complémentaires et le régime général, soit une perte de recette de 22 millions d'euros,
- réduction du produit de la taxe (supportée par les organismes complémentaires) au titre du crédit d'impôt relatif à l'acquisition d'une complémentaire santé, soit une perte de recettes de 140 millions d'euros,
- dotation de l'assurance maladie au fonds CMUC de 100 millions d'euros,
- affectation de la cotisation sur les boissons alcooliques de 370 millions d'euros.

Ces prévisions appellent plusieurs remarques :

Il est prévu une provision pour l'octroi à 300.000 enfants supplémentaires du bénéfice de la CMU-C en année pleine, soit une charge supplémentaire de 35 millions d'euro. Aucun décret n'est pour l'instant paru. Il est regrettable que le Parlement vote une provision de 35 millions d'euros, pour l'application d'un décret non paru et sans avoir aucune information sur les contours du dispositif.

Par ailleurs, l'exposé des motifs indique que « *la couverture maladie universelle complémentaire assure le bénéfice d'une complémentaire santé à plus de 4,8 millions de personnes. Elle est aujourd'hui financée par une contribution des organismes de protection complémentaire et par une dotation d'équilibre versée par l'État. En 2005, le nombre de bénéficiaires sera accru par l'octroi, à 300.000 enfants supplémentaires, du bénéfice de la CMU-C. Pour financer ces mesures, le fonds CMU-C bénéficiera désormais de l'intégralité du rendement de la cotisation sur les boissons alcooliques de plus de 25 degrés, précédemment affectée à la CNAMTS, soit 370 millions euros* ». Cette explication laisse à penser que l'affectation de la cotisation sur les boissons alcooliques au fond CMU finance l'octroi de la CMU complémentaire à 300.000 enfants supplémentaires. **Votre Rapporteur spécial vous a montré qu'il n'en était rien. L'exposé des motifs est donc au mieux imprécis, au pire faux.**

Enfin, votre Rapporteur spécial note que l'alignement du forfait logement pris en compte dans la base de ressource sur celui appliqué pour le RMI baisse le nombre de bénéficiaires de la CMU pour permettre une économie de 21 millions d'euros, ce qui est tout à fait regrettable.

*

* *

Votre Rapporteur spécial a ensuite présenté cet article relatif à l'affectation, au fonds couverture maladie universelle (CMU), de la cotisation sur les boissons alcooliques de plus de 25 degrés, précédemment affecté à la CNAMTS, soit 370 millions d'euros. Ce transfert est motivé par la prise en charge par l'État, au 1^{er} juillet 2005, des écoles de formation paramédicales, auparavant à la charge de l'assurance maladie, pour un montant de 175 millions d'euros. De plus, l'assurance maladie bénéficie de l'affectation de 95 millions d'euros de droits sur les tabacs. L'assurance maladie gagne donc 270 millions d'euros alors qu'elle en perd 370. L'opération se fait à son détriment pour un montant de 100 millions d'euros. Le Rapporteur spécial a donc présenté un amendement visant à supprimer le transfert des droits sur les alcools de la CNAM au fonds CMU.

Votre Commission a *rejeté* l'amendement.

Votre Rapporteur spécial a ensuite présenté un amendement rédactionnel visant à ce que le code de la Sécurité sociale prévoie désormais que la taxe sur les boissons alcooliques de plus de 25 degrés soit bien affectée au fonds CMU et non plus à la CNAM.

Votre Commission a *rejeté* l'amendement et a ensuite *adopté* l'article 77.

Article 78

Augmentation de la taxe perçue par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) pour l'exécution du contrôle de qualité des analyses de biologie médicale

Texte du projet de loi :

L'article L. 6213-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les coefficients : « 1140 » et « 1300 » sont respectivement remplacés par les coefficients : « 1715 » et « 1955 ».

2° Dans l'ensemble de l'article, les expressions : « redevance forfaitaire » et « redevance » sont remplacées par le mot : « taxe ».

Exposé des motifs du projet de loi :

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), établissement public administratif de l'État créé par la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998, est responsable de la sécurité sanitaire des produits de santé destinés à l'homme, tels que les médicaments, les produits sanguins labiles, les organes, tissus et cellules, les produits de thérapie cellulaire et génique, les produits thérapeutiques annexes, les dispositifs médicaux, les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* ou certaines variétés d'aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales, ainsi que des produits à finalité cosmétique ou d'hygiène corporelle.

L'article L. 6213-4 du code de la santé publique a institué une redevance forfaitaire annuelle pour l'exécution du contrôle de qualité des analyses de biologie médicale, au profit de l'AFSSAPS, due par tout laboratoire public ou privé d'analyses de biologie médicale dès lors qu'une ou plusieurs des catégories d'analyses qui donnent lieu à contrôle obligatoire y sont effectuées.

Le présent article a pour objet de requalifier cette redevance en taxe et d'en relever le montant de 0,8 million € par rapport à 2004, afin de permettre à l'agence de couvrir les charges de fonctionnement du contrôle national de qualité.

Observations et décision de la Commission :

I.- L'AFSSAPS REMPLIT UNE MISSION CRUCIALE DE CONTROLE DE LE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE DESTINES A L'HOMME

A.- UNE MISSION DE SECURITE SANITAIRE

Créée par la loi du n° 94-43 du 18 janvier 1994, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, qui succédait alors à l'Agence du médicament, est un établissement public de l'État, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

Selon les termes mêmes de la loi, l'agence participe à l'application des lois et règlements relatifs à l'évaluation, aux essais, à la fabrication, à la préparation, à l'importation, à l'exportation, à la distribution en gros, au conditionnement, à la conservation, à l'exploitation, à la mise sur le marché, à la publicité, à la mise en service ou à l'utilisation des produits à finalité sanitaire destinés à l'homme et des produits à finalité cosmétique, et notamment :

- les médicaments, y compris les préparations hospitalières et officinales ;
- les produits contraceptifs et contragestifs ;
- les biomatériaux et les dispositifs médicaux ;
- les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* ;
- les produits sanguins labiles ;
- les organes, tissus, cellules et produits d'origine humaine ou animale ;
- les produits de thérapie génique et cellulaire ;
- les réactifs de laboratoires ou vendus au public ;
- les produits destinés à l'entretien des lentilles de contact ;
- les produits insecticides, acaricides et antiparasitaires à usage humain ;
- les procédés, produits et appareils destinés à la désinfection des locaux ;
- les produits thérapeutiques annexes ;
- les aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales ;
- les lentilles oculaires non correctrices ;
- les produits cosmétiques.

L'agence assure aussi la mise en œuvre des systèmes de vigilance et prépare la pharmacopée. Elle rend publique une synthèse des dossiers d'autorisation de tout nouveau médicament. Elle contrôle la publicité en faveur de tous les produits, objets, appareils et méthodes revendiquant une finalité sanitaire. Elle prend ou demande aux autorités compétentes de prendre les mesures de police sanitaire nécessaires lorsque la santé de la population est menacée.

B.– UNE AUGMENTATION DES MISSIONS ET DES CHARGES QUI A JUSTIFIÉ L'AUGMENTATION DES RESSOURCES DE L'AGENCE EN 2004

En 2003, le budget de l'agence s'élevait à **93,8 millions d'euros**.

S'agissant de l'exécution budgétaire, pour la section de **fonctionnement**, le taux d'exécution des crédits atteint 93 %. Concernant les recettes de fonctionnement, le taux d'exécution 2003 est de 101 %, soit 62,078 millions d'euros recouverts pour un budget de 61,64 millions d'euros. Par ailleurs, les recettes issues de taxes et redevances ont été réalisées de plus de 100 %.

Pour la section d'**investissement**, le taux de réalisation des dépenses est de 73 %, soit 4,8 millions d'euros pour 6,53 millions d'euros autorisés. Nettement meilleur que les années précédentes, il témoigne de la volonté de l'établissement de mettre en place une politique d'investissement réaliste.

Le fonds de roulement constaté à la clôture de l'exercice 2003 s'élève à 12,578 millions d'euros. Il est minoré, en cours d'exercice 2004, de 6,11 millions d'euros. Ce prélèvement correspond pour l'essentiel aux reports de charges (plus de 5 millions d'euros) ainsi qu'à l'inscription de crédits supplémentaires permettant de faire face au surcoût en année pleine de la réforme statutaire (mise en œuvre du décret du 7 mars 2003). Ainsi, à la clôture de l'exercice 2004, le fonds de roulement prévisionnel de l'AFSSAPS devrait se limiter à la réserve nécessaire au fonctionnement courant de l'établissement (1 mois).

Le budget 2004 s'élève à 112,57 millions d'euros. Les dépenses et les recettes de l'agence sont retracées dans le tableau suivant :

BUDGET DE L'AFSSAPS EN 2004

(en millions d'euros)

Recettes		Dépenses	
Subventions ⁽¹⁾	18,79	Personnel	59,30
Taxes et redevances	66,69	Fonctionnement	36,42
Ventes de produits et services	4,27	Investissement	16,85
Autres ressources	16,71		
Reprise sur fonds de roulement	6,11		
Total	112,57	Total	112,57

(1) dont subvention de 18,603 euros du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

Le personnel de l'agence comprend les emplois budgétaires suivants :

EMPLOIS BUDGÉTAIRES DE L'AFSSAPS

Catégorie	Effectifs
Emplois fonctionnels	10
Pharmaciens inspecteurs	26
Personnels scientifiques	74
Personnels techniques	80
Contractuels	752
Total des emplois budgétaires	942

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

Le nombre d'emplois est stable par rapport à 2003. La masse salariale constitue 62 % des charges d'exploitation de l'établissement. En outre, l'Agence dispose de 5 agents mis à disposition provenant de la fonction publique hospitalière.

Pour la section de fonctionnement, l'exercice 2004 en cours est marqué par la mise en œuvre en année pleine des nouvelles règles de rémunération et de carrière qui augmente de manière significative les dépenses de personnel. Dans le cadre de la stratégie de gestion présentée par le nouveau directeur général, l'Agence a poursuivi le travail de redéploiement des moyens alloués pour faire face à de nouvelles dépenses sans financement supplémentaire. Ceci explique la persistance des « autres charges » entre 2003 et 2004.

A l'inverse, les charges de fonctionnement ont progressé, prenant notamment en compte l'effet financier d'obligations contractuelles de l'agence (loyers, primes d'assurances et maintenance des équipements de laboratoires)

S'agissant de la **section d'investissement**, le 12 février dernier, la stratégie immobilière de l'établissement a été présentée au conseil d'administration. La première mesure mise en œuvre concerne l'achat d'un bâtiment à Pleyel à Saint-Denis. Le financement en est assuré par emprunt pour un montant de 11,516 millions d'euros. Ceci induit une progression importante mais normale des dépenses d'investissement entre 2003 et 2004.

S'agissant des ressources de l'établissement, l'article 139 de la loi de finances pour 2004 a permis d'accroître les ressources propres de l'établissement d'environ 15 millions d'euros par la revalorisation des taxes suivantes :

- relèvement du plafond de la taxe relative aux autorisations de mise sur le marché des médicaments (AMM),
- suppression du seuil et relèvement du plafond de la taxe annuelle sur les produits et médicaments bénéficiant d'une AMM,
- relèvement du plafond de la redevance relative aux visas de publicité,
- création d'un taux spécifique pour les demandes de renouvellement d'inscription d'un médicament sur la liste des spécialités remboursables,
- majoration de la taxe sur les dispositifs médicaux.

Le tableau suivant résume les augmentations de recettes qui résulte de la majoration des taxes prévues par l'article 139 de la loi de finances pour 2004 :

**RENDEMENT ATTENDU DE LA MAJORATION DE TAXES
ET REDEVANCES AU PROFIT DE L'AFSSAPS**

(en millions d'euros)

Nom de la taxe	Code de la santé publique	Dispositif précédent (2)	Dispositif actuel	Augmentation
Droit progressif sur les demandes d'AMM ⁽¹⁾	L. 5121-16	20,66	22,79	10,3 %
Taxe annuelle sur les médicaments et produits bénéficiaires d'une AMM	L. 5121-17	9,37	15,96	70,3 %
Redevance sur les demandes de visa de publicité	L. 5122-5	4,14	4,7	13,5 %
Redevance sur les demandes de renouvellement d'inscription sur la liste des spécialités remboursables	L. 5123-5	0,05	0,7 (3)	89,4 %
Taxe sur le chiffre d'affaires des dispositifs médicaux	L. 5211-5-2 L. 5221-7	6,9	11,36	64,6 %
Total		41,12	55,51	35 %

(1) autorisation de mise sur le marché

(2) titres de recettes émis au 31 décembre 2002.

(3) estimation fondée sur la vague de renouvellements attendue en 2004

Source : ministère de l'Économie, des finances et de l'industrie.

Toutefois, les retards dans la publication des délais décrets correspondants devraient conduire à constater une moins value de recette sur l'exercice par rapport aux prévisions initiales.

La dotation du ministère de la santé à l'AFSSAPS représente 18,795 millions d'euros soit 19,50 % des recettes de l'établissement.

C.– TABLEAU DES TAXES ET REDEVANCES

TAXES ET REDEVANCES PERÇUES PAR L'AFSSAPS

(en euros)

Taxe	Calcul	Taux		
Taxe annuelle sur les spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché. Cette taxe est calculée suivant le montant des ventes HT réalisées durant l'exercice précédent :	< 76 000	0		
	>76 000 et 380 000	760		
	> 380 000 et < 760 000	1.220		
	> 760 000 et < 1 500 000	1.800		
	> 1 500 000	3.050		
Taxe annuelle sur le chiffre d'affaires des dispositifs médicaux	0,15 % du chiffre d'affaires annuel hors taxes réalisé			
Taxe annuelle sur le chiffre d'affaires des dispositifs médicaux de diagnostic <i>in vitro</i>	0,15 % du chiffre d'affaires annuel hors taxes réalisé			
Droit perçu sur toute demande d'autorisation de mise sur le marché de médicaments allopathiques	1. Nouveaux principes actifs	23.000		
	2. Dosage ou forme pharmaceutique supplémentaire présenté simultanément à la première demande d'autorisation	11.500		
	3. Nouvelles indications 4. Nouvelles voies d'administration 5. Nouvelles associations 6. Référence à la littérature scientifique	15.200		
	7. Dosage ou forme pharmaceutique supplémentaire présenté simultanément à la première demande d'autorisation et relevant des points 3, 4, 5, 6 ci-dessus	7.600		
	8. Similaires 9. Nouvelles formes galéniques 10. Nouveaux dosages (1 dossier par dosage) 11. Médicaments à base de plantes 12. Produits mentionnés à l'article L658-11 du code de la santé 13. Allergènes	9.150		
	14. Préparation figurant à la pharmacopée 15. Formulaire national	6.100		
	16. Modification	915		
	17. Renouvellement quinquennal	610		
	Droit perçu sur les demandes concernant les médicaments homéopathiques	Droit perçu sur toute demande d'autorisation de mise sur le marché Médicaments homéopathiques mis sur le marché postérieurement au 18/01/1994	9.150	
		Médicaments homéopathiques mis sur le marché avant le 18/01/1994	915	
		Modification d'une A.M.M	915	
		Renouvellement quinquennal	610	
		Droit perçu sur toute demande d'enregistrement Médicament homéopathique ou série de médicaments obtenus à partir de :	de la même souche homéopathique	1.070
			de deux ou cinq souches homéopathiques	1.500
			de six souches homéopathiques ou plus	4.600
		Médicament homéopathique ou série de médicaments autorisés et mis sur le marché avant le 18 janvier 1994 à partir de :	de la même souche homéopathique	460
			de deux ou cinq souches homéopathiques	760
de six souches homéopathiques ou plus			2.300	

	Modification du dossier d'enregistrement	300
	Renouvellement quinquennal d'enregistrement :	230
Redevance perçue pour toute demande d'inscription d'un médicament sur la liste des spécialités pharmaceutiques des médicaments pris en charge et utilisés par les collectivités publiques	pour les demandes initiales	2.300
	pour les demandes de modification ou de renouvellement d'inscription	460
Redevance perçue pour toute demande d'inscription d'un dispositif médical à usage individuel sur la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale	pour les demandes initiales	2.300
	pour les demandes de modification des conditions d'inscription ou de renouvellement d'inscription	460
Redevance perçue lors du dépôt des demandes de visas Grand Public de publicité pharmaceutique, Poux & Lentilles, PR (préservatifs) et dépôt des publicités destinées aux professionnel	Dépôt Visa GP Visa PL Visa PR	460
Taxe annuelle sur les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle Cette taxe est calculée suivant le montant des HT réalisée durant l'exercice précédant	< 76.000	0
	>76 000 et < 380 000	760
	> 380 000 et < 760 000	1.220
	> 760 000 et < 1 500 000	1.800
	> 1 500 000	3.050
Redevance annuelle des laboratoires d'analyse de biologie médicale (plafond législatif : 1 300 B)	Laboratoires ayant une activité annuelle :	
	supérieure à 150 000 B (1140 B) :	308
	Inférieure à 150 000 B (570 B) :	154
	Valeur du B au 1 ^{er} janvier 2002 :	0,27
Redevance perçue pour services rendus par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	Contrôle et fourniture de substance de référence de la pharmacopée française :	45
	Expertise concernant les produits et procédés désinfectants :	6.326
	Délivrance annuelle des annales de qualité des laboratoires d'analyse de biologie médicale :	* 304
	Délivrance des attestations de qualité destinées aux exportateurs de médicaments :	1.951
	Contrôle en vue de la libération des lots de produits immunologiques, vaccins et allergènes :	2.287
	Cession de panels par panel de contrôle de lots des réactifs destinés au dépistage des anticorps	
	- anti-VIH 1 & 2 et anti-HTLV 1 & 2	236
	- anti-VHC	169
	- de l'antigène Hbs	175
	Cession de panels par panel concernant l'évaluation de trousse de réactifs destinés à la sérologie IgG de la rubéole	244
	Contrôle des lecteurs de glycémie	3.048
	Cession d'échantillons du contrôle national de qualité	
	- échantillon de sérologie	3,81
	- échantillon de bactériologie	6,4
	Analyses effectuées en vue d'une délivrance	
	- d'un certificat de libération de lot d'un médicament dérivé du sang (lignes directrices du Conseil de l'Europe)	762
- d'un bulletin d'analyse de lot d'un médicament dérivé du sang conformément aux normes et/ou aux spécifications du dossier AMM	2.287	

Source : AFSSAPS, rapport d'activité 2003

II.- LA MISSION DE CONTROLE DE QUALITE DES ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE NECESSITE DES MOYENS SUPPLEMENTAIRES

Depuis 1994, l'Agence exécute, au plan technique, le contrôle de qualité des analyses de biologie médicale. Ce contrôle de qualité a pour objectif de déterminer la valeur des résultats exécutés par chacun des laboratoires, compte tenu des techniques, des réactifs et de matériel employés, en les comparant, le cas échéant, avec les résultats obtenus par l'ensemble des laboratoires habilités à exécuter ces mêmes catégories d'analyses.

L'AFSSAPS constitue et tient à jour le fichier des laboratoires publics ou privés : il compte à ce jour 5299 participants. En retour, chaque laboratoire verse une redevance forfaitaire annuelle.

En 2003, le contrôle national de qualité des analyses de biologie médicale a concerné près de 5300 structures privés et publiques.

Bien que le nombre de laboratoires inscrits dans le fichier soit sensiblement le même depuis 1998, plus de 850 mises à jour ont été effectuées en 2003 en raison des restructurations, des créations ou des fermetures des laboratoires.

Un appel d'offres pour la préparation d'échantillons biologiques pour le contrôle de qualité a démarré en septembre 2001. Les notifications des titulaires sélectionnés se sont effectuées de mai à décembre 2002. Le calendrier prévisionnel des opérations, qui avait été profondément perturbé en 2002, a pu être majoritairement suivi en 2003. Néanmoins, un certain nombre d'analyses n'a pu être contrôlé, par manque de prestataires pour la préparation de certains types d'échantillon. Ces opérations ont représenté plus de 56.000 dossiers traités et plus d'une centaine d'analyses différentes ont été contrôlés.

Conformément aux dispositions de l'arrêté du 5 septembre 2001 fixant les modalités du dépistage et des analyses prévu par le décret n°2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière, une opération de contrôle de qualité de 44 laboratoires, a été réalisée pour la première fois en 2003.

L'article L. 6213-4 du code de la santé publique a institué une redevance forfaitaire annuelle pour l'exécution du contrôle de qualité des analyses de biologie médicale, au profit de l'AFSSAPS, due par tout laboratoire public ou privé d'analyses de biologie médicale dès lors qu'une ou plusieurs des catégories d'analyses qui donnent lieu à un contrôle obligatoire y sont effectuées.

Or, les charges de fonctionnement résultant du contrôle national de qualité ont augmenté du fait de son renforcement par des dispositions réglementaires, notamment le décret n°2004-650 du 4 juillet 2004 fixant le montant de la redevance forfaitaire annuelle des laboratoires d'analyses de biologie médicale. **Or, ces contrôles représentent pour l'Agence un coût de 3,6 millions d'euros, alors que la taxe représente une recette de 1,8 million d'euros.**

Par conséquent, le 1° du présent article propose de modifier l'article L. 6213-4 du code de santé publique afin de relever le montant de la taxe.

Alors que l'article L.6213-4 du code précité prévoit que « *le montant de la redevance forfaitaire est fixé à 1140 fois la valeur conventionnelle de la lettre clé B au 1er janvier de l'année d'exigibilité ; il peut être révisé par décret dans la limite de 1 300 fois la valeur conventionnelle de la lettre clé B.* », le présent article prévoit d'augmenter ces taux et de les fixer respectivement à 1.715 et 1.955.

Une recette supplémentaire de 0,8 million d'euros est attendue.

Cependant, l'augmentation de la taxe ne couvre pas l'ensemble des dépenses afférentes à ce contrôle afin de laisser une part de ce financement à la charge de l'État. Par conséquent, la dotation de l'État à l'Agence en 2005 devrait s'élever à 18,7 millions d'euros, soit une augmentation de 0,52 %.

Par ailleurs, le 2° du présent article a pour objet de requalifier cette redevance en taxe.

*

* *

Votre Rapporteur spécial a ensuite présenté cet article qui prévoit l'augmentation de la taxe perçue par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) pour l'exécution des contrôles de qualité des analyses de biologie médicale. Cela représenterait une ressource supplémentaire pour l'AFSSAPS de 0,8 million d'euros.

Votre Commission a *adopté* cet article.

Article 79

Création, au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), d'une taxe sur le dépôt des demandes d'autorisation d'essais cliniques

Texte du projet de loi :

L'article L. 1123-8 du code de la santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Toute demande d'autorisation mentionnée au présent article pour une recherche portant sur les produits mentionnés à l'article L. 5311-1 donne lieu, au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, à la perception d'une taxe à la charge du demandeur.

Le barème de cette taxe est fixé, dans la limite d'un montant maximal de 4 600 euros, par voie réglementaire. Pour les demandes relatives à des projets dont le promoteur est une personne physique ne poursuivant pas de but lucratif, un organisme public de recherche, une université, un établissement public de santé ou un établissement de santé privé participant au service public hospitalier ou un établissement public, le montant exigé sera limité à 10 % du taux applicable selon le barème de la taxe.

La taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances ordinaires des établissements publics administratifs de l'État. » .

Exposé des motifs du projet de loi :

En vertu de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, les recherches biomédicales sont désormais autorisées par l'autorité compétente, préalablement à leur mise en œuvre (article 90 de la loi modifiant l'article L. 1123-8 du code de la santé publique). Pour les recherches biomédicales portant sur les produits mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, l'autorisation sera délivrée par l'AFSSAPS .

Il est proposé l'instauration d'une taxe pour toute demande d'autorisation mentionnée à l'article L. 1123-8 du code de la santé publique. Cette taxe, dont le montant est fixé par arrêté, est plafonnée à 4 600 €.

Le barème de la taxe sera modulé en fonction de la nature de la demande (demande initiale sur médicaments nouveaux ou sur médicaments connus, dossier médicament expérimental, autorisation de modification) et de la nature du promoteur (industriels ou institutionnels publics).

Cette modulation a deux objectifs :

- rapprocher les montants proposés de ceux en vigueur chez nos partenaires européens, afin d'assurer, au-delà de la qualité de l'évaluation interne de l'AFSSAPS, une « attractivité » financière pour les promoteurs d'essais cliniques ;

- favoriser les promoteurs publics et sans but lucratif, par une réduction des montants affectés, en reprenant les dispositions de l'arrêté du 27 décembre 1990 relatif au montant du droit fixe versé par les promoteurs de recherches biomédicales, lequel réduit ce montant de 90 % lorsque le promoteur est une personne physique ou un établissement ou organisme de soins, de formation ou de recherche sans but lucratif.

Observations et décision de la Commission :

Le présent article prévoit l'instauration d'une taxe sur le dépôt des demandes d'autorisations d'essais cliniques en raison des nouvelles compétences données à l'AFSSAPS par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

I.- UNE PROFONDE MODIFICATION DE LA GESTION DES ESSAIS CLINIQUES

Les essais cliniques représentent une opération complexe, en général d'une durée supérieure à une ou plusieurs années, faisant intervenir de nombreux protagonistes et plusieurs sites d'investigation, qui sont fréquemment répartis dans plusieurs pays.

Or, les pratiques actuelles des États membres de l'Union européenne divergent sensiblement quant aux modalités de commencement et de conduite des essais cliniques ainsi qu'au degré très variable d'exigences requises pour les mener à bien. Dès lors, il en résulte des retards et des complications préjudiciables à leur conduite effective sur le territoire communautaire et, de ce fait, au développement de connaissances et de thérapeutiques nouvelles. C'est pourquoi la directive n° 2001/20/CE du 4 avril 2001 vise à simplifier et à harmoniser les dispositions administratives relatives aux essais cliniques de médicaments, grâce à l'établissement d'une procédure claire et transparente et à la création de conditions propices à une coordination efficace de ces essais par les instances concernées dans la Communauté.

En France, la loi n° 88-1138 du 20 décembre 1998, dite « loi Huriot-Sérusclat », a permis de définir les conditions de participation des personnes à ces recherches, en prévoyant un régime de déclaration auprès de l'autorité compétente, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ou ministre de la santé selon la nature des recherches, ainsi que la création de comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale (CCPPRB).

C'est pourquoi afin de transposer les dispositions prévues par l'article 9 de la directive n° 2001/20/CE du 4 avril 2001, mais également renforcer la protection des participants, **l'article 90 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique remplace, pour les recherches biomédicales, l'actuel régime déclaratif par un système d'autorisation préalable par l'autorité compétente c'est-à-dire l'AFSSAPS**, pour les recherches portant les produits mentionnés à l'article L.511-1 du code de la santé publique, qui concerne les médicaments et certains produits de cosmétiques et d'hygiène corporelle.

Cette modification législative va profondément bouleverser la gestion des essais cliniques. L'Agence devra, ainsi, autoriser les essais cliniques de son domaine de compétences dans un délai maximal de soixante jours, alors que jusqu'à présent les essais sur les médicaments et les autres produits de santé (dispositifs médicaux, produits cosmétiques, ...) donnaient lieu à une simple déclaration.

Dans l'attente de la loi et des décrets d'application, des mesures transitoires ont été mises en place par l'Agence, dès novembre 2003, pour les essais de médicaments. Cette phase pilote permet aux promoteurs qui le souhaitent de mener les essais cliniques selon des modalités proches de celles prévues par la directive. Dans le cadre de cette phase pilote, l'Agence s'efforce de réduire les délais d'examen des demandes d'évaluation d'essais, pour maintenir l'attractivité de la France.

II.- LA CREATION D'UNE TAXE SUR LE DEPOT DES DEMANDES D'AUTORISATIONS DES ESSAIS CLINIQUES

Les nouvelles compétences de l'Agence en matière d'essais cliniques implique de nouvelles charges : 5 postes d'agents supplémentaires devront être créés.

Le présent article prévoit donc la création d'une taxe sur le dépôt des demandes d'autorisations d'essais cliniques, mentionnées à l'article L .1123-8 du code de santé publique.

Cette taxe, dont le montant sera fixé par arrêté, est plafonnée à 4.600 euros.

Le barème de la taxe sera modulé en fonction de la nature de la demande (demande initiale sur médicaments nouveaux ou sur médicaments connus, dossier médicament expérimental, autorisation de modification) et de la nature du promoteur (industriels ou institutionnels publics).

Cette modulation a tout d'abord pour objectif de rapprocher les montants proposés de ceux en vigueur chez nos partenaires européens, afin d'assurer un montant cohérent avec une certaine « attractivité » financière des prestations de l'AFFSSAPS pour les promoteurs d'essais cliniques.

Ensuite cette modulation devrait permettre de favoriser les promoteurs publics et sans but lucratif, par une réduction des montants affectés, en reprenant les dispositions de l'arrêté du 27 décembre 1990 relatif au montant du droit fixe versé par les promoteurs de recherches biomédicales, lequel réduit ce montant de 90 % lorsque le promoteur est une personne physique ou un établissement ou organisme de soins, de formation ou de recherche sans but lucratif.

Le rendement attendu de cette taxe est de 1,7 million d'euros.

La création de cette taxe apparaît pleinement justifiée à votre Rapporteur spécial compte tenu des nouvelles compétences qui incombent à l'Agence.

Une interrogation de nature constitutionnelle sur l'incompétence négative du législateur en matière de fixation du taux de ces taxes, qui appartiennent clairement à la catégorie des impositions de toute nature, aurait pu être soulevée. En effet, la fixation de simples taux plafonds ou bien d'un nombre minimum de tranches d'un barème, avec renvoi corrélatif au pouvoir réglementaire, semblent ne pas épuiser la compétence du législateur fiscal.

La jurisprudence du Conseil constitutionnel ne souffre pourtant pas d'ambiguïté sur ce point : Celui-ci admet comme conforme à la Constitution la simple fixation par le législateur d'un montant maximal de taxe et le renvoi de la fixation des barèmes au pouvoir réglementaire.

Dans sa décision n° 2000-442 DC du 28 décembre 2000, il indique, suivant la position qu'il avait déjà adoptée dans sa décision n° 87-239 DC du 30 décembre 1987 sur la loi de finances rectificative pour 1987, que « *si l'article 34 de la Constitution réserve à la loi la fixation des règles concernant l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement des impositions de toutes natures, il ne s'ensuit pas que le législateur doive fixer lui-même le taux de chaque impôt ; qu'il lui appartient seulement de déterminer les limites à l'intérieur desquelles le pouvoir réglementaire est habilité à arrêter le taux d'une imposition* ». Se prononçant précisément, en l'espèce, sur la création, par l'article 116 de la loi précitée, d'une taxe au profit de l'AFSSAPS, le Conseil note « *qu'en prévoyant que le barème de la nouvelle taxe est fixé dans la limite de 30.000 francs par demande d'inscription, le législateur n'a pas méconnu en l'espèce le champ de sa propre compétence* ».

III.- ACCOMPAGNER LES NOUVELLES MISSIONS DE L'AGENCE PAR L'AUGMENTATION DE SES RESSOURCES

Outre ses nouvelles compétences en matières d'essais cliniques, l'Agence doit se consacrer en 2004 et 2005 à des activités nouvelles résultant notamment de l'application de nouveaux textes législatifs et réglementaires.

En effet, les pharmaciens hospitaliers ont désormais l'obligation de déclarer à l'AFSSAPS leurs préparations hospitalières. Plusieurs milliers de déclarations sont ainsi attendues et vont générer une activité importante ayant pour objet la sécurisation du processus de fabrication dans le cadre des pharmacies hospitalières. Cette nouvelle activité devrait aussi permettre d'identifier les produits qui pourraient potentiellement nécessiter le passage à une production industrielle.

Dans le cadre de la loi relative à la politique de santé publique, un système officiel de cosmétovigilance est instauré avec l'obligation de notification à l'AFSSAPS des effets indésirables graves par les professionnels de santé.

La loi confie également à l'AFSSAPS le contrôle des produits de tatouage, produits jusqu'à présent non réglementés, aux fins d'évaluation des risques toxicologiques et microbiologiques répondant aux orientations du Conseil de l'Europe.

Des échanges nombreux avec l'AFSSE et le ministère chargé de l'écologie ont permis de préparer les missions d'évaluation qui incombent à l'AFSSAPS compte tenu des choix organisationnels décidés au plan national pour transposer les dispositions communautaires relatives à la mise sur le marché de substances et produits biocides (produits destinés à la désinfection obligatoire des locaux en raison du risque de maladies transmissibles à l'homme et produits répulsifs appliqués sur l'homme et destinés à repousser insectes et acariens).

Compte tenu de l'ampleur des nouvelles missions confiées, la dotation de l'État de 18,7 millions d'euros en 2005, en augmentation de seulement 0,52 % par rapport à 2004 semble insuffisante.

Comme le montre le tableau suivant, les dotations de l'État a connu des modifications notables. Elles appellent deux remarques : les variations incessantes de la dotation de l'État ne permettent pas à l'Agence d'avoir des ressources stables, par ailleurs, on assiste, avec la revalorisation des taxes et redevances supportées par les industries pharmaceutiques et les laboratoires d'analyses à un véritable désengagement de l'État dans le financement de l'AFSSAPS :

DOTATION DE L'ÉTAT A L'AFSSAPS

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005 (prévision)
Dotation de l'État	25,6	4,7	18,6	18,7
% des ressources de l'agence	25,2 %	5,01 %	19,5 %	—

Source : ministère de la Santé et de la Protection sociale

On est en droit de s'interroger sur la cohérence de cette démarche avec le choix du Gouvernement dans la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique de renforcer le rôle de l'État dans la politique de sécurité sanitaire.

*

* *

Votre Rapporteur spécial, a ensuite présenté cet article qui crée au profit de l'AFSSAPS une taxe sur le dépôt des demandes d'autorisation d'essais cliniques. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a, en effet, donné de nouvelles compétences à l'Agence, puisque le système déclaratif a été transformé en un régime d'autorisation dont la compétence revient à l'AFSSAPS . 5 emplois doivent être créés pour remplir ces missions.

Outre ses nouvelles compétences en matières d'essais cliniques, l'Agence doit se consacrer en 2004 et 2005 à des activités nouvelles résultant notamment de l'application de nouveaux textes législatifs et réglementaires. En effet, les pharmaciens hospitaliers ont désormais l'obligation de déclarer à l'AFSSAPS leurs préparations hospitalières. Plusieurs milliers de déclarations sont ainsi attendues et vont générer une activité importante ayant pour objet la sécurisation du processus de fabrication dans le cadre des pharmacies hospitalières. Dans le cadre de la loi relative à la politique de santé publique, un système officiel de cosmétovigilance est instauré avec l'obligation de notification à l'AFSSAPS des effets indésirables graves par les professionnels de santé.

La loi confie également à l'AFSSAPS les produits de tatouage, produits jusqu'à présent non réglementés, aux fins d'évaluation des risques toxicologiques et microbiologiques répondant aux orientations du Conseil de l'Europe.

Des échanges nombreux avec l'AFSSE et le ministère chargé de l'écologie ont permis de préparer les missions d'évaluation qui échoient à l'AFSSAPS, compte tenu des choix organisationnels décidés au plan national pour transposer les dispositions communautaires relatives à la mise sur le marché de substances et produits biocides, c'est-à-dire les produits destinés à la désinfection obligatoire des locaux en raison du risque de maladies transmissibles à l'homme et les produits répulsifs appliqués sur l'homme et destinés à repousser insectes et acariens. Alors que l'AFSSAPS supporte des missions nouvelles, la dotation de l'État à l'agence n'augmenterait en 2005 que de 100.000 euros. Il est donc nécessaire de doter l'Agence de ressources supplémentaires.

Votre Commission a ensuite examiné deux amendements identiques de M. François Scellier et de **M. Richard Mallié**, visant à préciser que la taxe de dépôt des demandes d'autorisation d'essais cliniques varie en fonction du type d'essai clinique. Il vise aussi à préciser que le barème sera fixé par un arrêté du ministre de la Santé, du budget et de la recherche.

Votre Commission a *adopté* ces amendements, et l'article 79, ainsi rédigé.

M. Gérard Bapt, Rapporteur spécial, a tenu, en conclusion, à souligner la charge de travail importante supportée par les administrateurs durant la période budgétaire et il a souhaité un renforcement des moyens de la Commission.

M. Michel Bouvard, Président, s'est associé à titre personnel à cette remarque et a par ailleurs regretté que les administrateurs soient investis dans d'autres travaux parlementaires alors que doit se préparer activement la mise en place de la loi organique relative aux lois de finances.

N° 1863 – annexe 37 – Rapport spécial au nom de la commission des finances sur le projet de loi de finances pour 2005 sur la santé, la famille, les personnes âgées et les personnes handicapées (M. Gérard Bapt)