



N° 3363

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 12 octobre 2006

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU PLAN SUR LE  
PROJET DE **loi de finances pour 2007** (n° 3341),

PAR M. GILLES CARREZ,  
Rapporteur Général,  
Député.

---

**ANNEXE N° 29**

**SANTÉ**

Rapporteur spécial : M. GÉRARD BAPT

Député

---

---



## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	7
<b>CHAPITRE PREMIER : ÉVOLUTION D'ENSEMBLE DE LA MISSION SANTÉ</b> .....	9
<b>I.– UNE QUASI-STAGNATION DU BUDGET DE LA MISSION SANTÉ EN 2007</b> .....	9
<b>II.– LA DIFFICILE MISE EN ŒUVRE DE LA LOI ORGANIQUE RELATIVE AUX LOIS DE FINANCES...</b>	10
A.– UNE MISSION INCOMPLÈTE.....	10
B.– L'ÉPREUVE DE LA PERFORMANCE.....	12
<b>III.– L'EXÉCUTION BUDGÉTAIRE EN 2006</b> .....	14
<b>CHAPITRE II : LE PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE ET PRÉVENTION</b> .....	17
<b>I.– L'ACTION PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE</b> .....	19
A.– LE FINANCEMENT DE L'ORGANISATION DU PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE .....	19
1.– Les dépenses de fonctionnement courant des pilotes nationaux.....	19
2.– La progressive régionalisation de la politique de santé publique : un retard persistant .....	20
a) <i>Les conférences régionales de la santé</i> .....	20
b) <i>Les plans régionaux de santé publique</i> .....	20
c) <i>Les groupements régionaux de santé publique</i> .....	21
B.– L'ACCÈS AUX SOINS DES PLUS DÉMUNIS : LE RÔLE DES PROGRAMMES RÉGIONAUX D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS.....	22
C.– LE FINANCEMENT DES AUTRES PARTENAIRES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE .....	23
D.– LA POLITIQUE DE PRÉVENTION MENÉE PAR L'INPES .....	25
<b>II.– L'ACTION DÉTERMINANTS DE SANTÉ</b> .....	26
A.– LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME.....	27
1.– La politique de lutte contre l'alcoolisme.....	27
2.– Un financement dans lequel la part de l'État reste marginale.....	29
B.– LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME.....	30

C.– LA FAIBLESSE DES MOYENS CONSACRÉS AUX AUTRES POLITIQUES RELATIVES AUX DÉTERMINANTS DE SANTÉ .....	31
1.– Le plan « Violence et santé » .....	31
2.– La lutte contre les autres pratiques à risque .....	32
3.– Le plan national nutrition santé (PNNS) .....	34
4.– L’environnement et le travail .....	34
<b>III.– L’ACTION PATHOLOGIES À FORTE MORBIDITÉ / MORTALITÉ .....</b>	<b>35</b>
A.– LA TROISIÈME PHASE DU PLAN CANCER .....	36
1.– L’Institut national du cancer .....	37
<i>a) Une montée en charge progressive de l’INCa .....</i>	<i>37</i>
<i>b) Le financement de l’INCa en 2007 .....</i>	<i>39</i>
2.– Les cancéro pôles au centre du volet <i>Recherche</i> du plan cancer .....	40
<i>a) Un début de financement laborieux .....</i>	<i>40</i>
<i>b) Un financement progressivement pris en charge par l’INCa .....</i>	<i>41</i>
3.– Les crédits d’intervention de l’État dans le cadre du plan Cancer en 2007 .....	44
4.– L’évaluation de la politique de lutte contre le cancer .....	45
B.– LA LUTTE CONTRE LE VIH / SIDA ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST) .....	46
1.– Le Sida et les IST .....	46
2.– La lutte contre les hépatites .....	48
C.– LES AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE .....	48
1.– Les autres maladies infectieuses .....	48
2.– Les maladies cardio-vasculaires .....	49
3.– Les maladies rares .....	49
4.– Les autres pathologies non infectieuses .....	50
5.– La santé mentale .....	50
6.– La santé bucco-dentaire .....	51
<b>IV.– L’ACTION QUALITÉ DE LA VIE ET HANDICAPS .....</b>	<b>51</b>
1.– La santé périnatale et les problèmes liés à la reproduction et au développement .....	51
2.– La santé de l’enfant et les troubles de l’apprentissage .....	52
3.– Les maladies chroniques .....	53
4.– La maladie d’Alzheimer et les maladies apparentées .....	53
5.– Les douleurs et les soins palliatifs .....	55

<b>CHAPITRE III : LE PROGRAMME OFFRE DE SOINS ET QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS</b> .....	57
<b>I.- L'ACTION NIVEAU ET QUALITÉ DE L'OFFRE DE SOINS</b> .....	58
A.- LES DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT .....	58
1.- L'organisation des concours de la fonction publique hospitalière .....	59
2.- Les études et projets, l'achat de prestations.....	59
B.- LA FORMATION INITIALE MÉDICALE ET L'ANNÉE RECHERCHE .....	59
1.- La formation initiale par les stages .....	60
2.- Le financement de l'année-recherche .....	61
D.- LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ .....	62
<b>II.- L'ACTION ACCESSIBILITÉ DE L'OFFRE DE SOINS</b> .....	64
A.- LA TÉLÉMÉDECINE .....	64
B.- LE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX DE SANTÉ.....	64
<b>III.- L'ACTION MODERNISATION DU SYSTÈME DE SOINS</b> .....	65
A.- L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION .....	65
B.- LE GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC « CARTE PROFESSIONNELLE DE SANTÉ » .....	68
D.- LE CENTRE NATIONAL DE GESTION.....	70
E.- LES AGENCES RÉGIONALES DE L'HOSPITALISATION .....	70
1.- L'évolution du budget des agences régionales de l'hospitalisation .....	70
2.- Des agences régionales de santé au point mort .....	74
<b>CHAPITRE IV : LE PROGRAMME DROGUE ET TOXICOMANIE</b> .....	75
A.- LA MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE .....	75
1.- L'action de la MILDT .....	75
2.- Une nécessaire stabilisation des crédits .....	76
B.- LE FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE EN 2007 .....	76
1.- Un transfert discutable.....	76
2.- L'action <i>Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif</i> .....	78
3.- L'action <i>Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi</i> .....	80
4.- L'action <i>Coopération internationale</i> .....	80
<b>EXAMEN EN COMMISSION</b> .....	83
<b>ANNEXE</b> .....	87

L'article 49 de la loi organique relative aux lois de finances du 1<sup>er</sup> août 2001 fixe comme date limite, pour le retour des réponses aux questionnaires budgétaires, le 10 octobre. À cette date, 59 % des réponses étaient parvenues à votre Rapporteur spécial, qui considère que ce taux reste insuffisant.

## INTRODUCTION

Pour la mission *Santé*, le présent projet de loi de finances s'inscrit dans la continuité de la loi de finances pour 2006. Les autorisations d'engagement, en hausse de 4,3 %, approcheraient de 427 millions d'euros, et les crédits de paiement seraient relevés de 7,8 %, après 10 % en 2006, soit une progression de 4,28 % par rapport à 2006, et 430,6 millions d'euros.

Comme en 2006, cette hausse des dotations est surtout imputable au plan Cancer, qui entre dans sa troisième phase en 2007 et bénéficiera de 23 millions d'euros supplémentaires. **Les moyens de la mission sont, hors plan Cancer, en quasi-stagnation, puisque les crédits de paiement progressent de 2 %, et accusent même une baisse de 1,3 % en termes d'autorisations d'engagement.**

En conséquence, c'est une évolution contrastée qui caractérise les trois programmes de la mission :

– le programme *Santé publique et prévention*, doté de 289,9 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement, progresse de 14,5 % en autorisations d'engagements et 19,9 % par rapport à 2006 en termes de crédits de paiement ;

– les crédits du programme *Offre de soins et qualité du système de soins*, avec 100,6 millions d'euros d'autorisations d'engagement, baissent de 0,4 % par rapport à 2006 ; toutefois, avec 104,2 millions d'euros de crédits de paiement, ils affichent une progression de 1,6 % par rapport à 2006 ;

– le programme *Drogue et toxicomanie*, dont le budget devrait régresser à 36,5 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement, accuse une diminution de 33,9 %.

Comme l'année passée, votre Rapporteur spécial note que la mission *Santé* ne comprend pas de dépenses de personnel, celles-ci restant inscrites sur le programme support *Gestion des politiques sanitaires* de la mission *Solidarité et intégration*.

Si la justification au premier euro du projet annuel de performances est en voie d'amélioration, il constate que les détails de la progression des crédits concernant de nombreuses actions de santé publique, et notamment des plans de santé publique, ne sont pas précisés, ce qui nuit fortement à la lisibilité des évolutions de ces politiques.

Plus particulièrement, il s'inquiète du brouillage persistant des compétences respectives de l'État et de l'assurance maladie : en effet, la plus grande partie du financement des politiques de santé publique est assumée par cette dernière, l'État se contentant du pilotage dans ce domaine. Or, l'assurance maladie se trouve ainsi amenée à soutenir une multiplicité de plans gouvernementaux ciblés sur des pathologies ou des risques déterminés, sans avoir pu participer à un quelconque arbitrage, et cela, alors même que le financement par le budget général se limite souvent à un réel saupoudrage, au prix d'une forte incohérence dans les priorités fixées en matière de santé publique.



## CHAPITRE PREMIER : ÉVOLUTION D'ENSEMBLE DE LA MISSION SANTÉ

### I.- UNE QUASI-STAGNATION DU BUDGET DE LA MISSION SANTÉ EN 2007

En 2007, le budget de la mission *Santé* devrait représenter près de 427 millions d'euros d'autorisations d'engagement, soit une hausse de 4,3 % par rapport à 2006, et 430,6 millions d'euros de crédits de paiement, soit une hausse de 7,8 % par rapport à 2006.

Cette hausse s'explique principalement par le financement de la dernière phase du plan Cancer, qui bénéficie au total de 24 millions d'euros supplémentaires, dont 23 millions d'euros au titre de la mission *Santé*. Hormis l'entrée dans la dernière tranche du plan Cancer, force est de constater que le budget de la mission est en quasi-stagnation, puisqu'il ne progresse que de 2 % en termes de crédits de paiement, et accuse même une baisse de 1,3 % en termes d'autorisations d'engagement.

En conséquence, c'est une évolution contrastée qui caractérise les trois programmes de la mission :

– forte hausse, liée au plan Cancer, pour le programme *Santé publique et prévention*, doté de 289,9 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement, soit une hausse de 14,5 % en autorisations d'engagement et de 19,9 % par rapport à 2006 en termes de crédits de paiement ;

– tassement pour le programme *Offre de soins et qualité du système de soins*, avec 100,6 millions d'euros d'autorisations d'engagement, en baisse de 0,4 % par rapport à 2006, et 104,2 millions d'euros de crédits de paiement, soit une progression de 1,6 % par rapport à 2006 ;

– contraction de 33,9 % pour le programme *Drogue et toxicomanie*, dont le budget devrait régresser à 36,5 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement.

**BUDGET DE LA MISSION SANTÉ**

(en millions d'euros)

	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	LFI 2006	PLF 2007	2006/2007 (en %)	LFI 2006	PLF 2007	2006/2007 (en %)
<b>Santé publique et prévention</b>	<b>253,29</b>	<b>289,89</b>	<b>14,45</b>	<b>241,84</b>	<b>289,89</b>	<b>19,87</b>
Pilotage de la politique de santé publique	28,59	31,35	9,67	27,96	31,35	12,14
Déterminants de santé	17,55	31,39	78,85	16,19	31,39	93,89
Pathologies à forte morbidité	200,9	220,54	9,78	191,63	220,54	15,09
Qualité de la vie et handicaps	6,25	6,61	5,76	6,06	6,61	9,01
<b>Offre de soins et qualité du système de soins</b>	<b>100,93</b>	<b>100,57</b>	<b>-0,35</b>	<b>102,5</b>	<b>104,17</b>	<b>1,63</b>
Niveau et qualité de l'offre de soins	70,06	66,48	-5,11	70,06	66,48	-5,11
Accessibilité de l'offre de soins	1,49	1,35	-9,4	1,49	1,35	-9,4
Modernisation du système de soins	29,37	32,74	11,47	30,95	36,34	17,41
<b>Drogues et toxicomanie</b>	<b>55,24</b>	<b>36,5</b>	<b>-33,92</b>	<b>55,24</b>	<b>36,5</b>	<b>-33,92</b>
Coordination interministérielle des volets préventifs, sanitaires et répressifs	48,74	31,95	-33,57	48,74	31,95	-33,57
Expérimentation nouveaux dispositifs : partenariats, prévention, prise en charge et application de la loi	5,3	3,05	-42,45	5,3	3,05	-42,45
Coopération internationale	1,2	1,5	25	1,2	1,5	25
<b>Total</b>	<b>409,46</b>	<b>426,96</b>	<b>4,28</b>	<b>399,57</b>	<b>430,56</b>	<b>7,75</b>

Source : ministère de la santé et des solidarités

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

**A.- UNE MISSION INCOMPLÈTE**

La mission *Santé* regroupe essentiellement des crédits d'intervention, puisqu'ils représentent 70,7 % des autorisations d'engagement et 70,9 % des crédits de paiement, le reste relevant des dépenses de fonctionnement courant. Les dépenses de personnel de ces programmes sont donc totalement absentes de la mission, puisqu'elles sont regroupées dans le programme *Gestion des politiques sanitaires* de la mission *Solidarité et intégration*, présenté comme un programme support, commun à plusieurs missions. Or, une telle méthode est clairement contraire à l'article 7 de la loi organique relative aux lois de finances du 1<sup>er</sup> août 2001.

Le tableau ci-contre rend compte de la nature des dépenses concernant le budget de la mission Santé pour 2007.

**BUDGET DE LA MISSION SANTÉ PAR TITRE**

(en millions d'euros)

	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	LFI 2006	PLF 2007	Évolution (%)	LFI 2006	PLF 2007	Évolution (%)
<b>Santé publique et prévention</b>	<b>253,29</b>	<b>289,89</b>	<b>14,45</b>	<b>241,84</b>	<b>289,89</b>	<b>19,87</b>
Dépenses de fonctionnement	70,88	78,08	10,16	70,70	78,08	10,44
Dépenses d'intervention	182,41	211,81	16,29	171,13	211,81	23,77
<b>Offre de soins et qualité du système de soins</b>	<b>100,93</b>	<b>100,57</b>	<b>-0,35</b>	<b>102,50</b>	<b>104,17</b>	<b>1,63</b>
Dépenses de fonctionnement	26,58	34,31	29,08	26,58	34,31	29,08
Dépenses d'intervention	74,34	66,26	-10,87	75,92	69,86	-7,98
<b>Drogue et toxicomanie</b>	<b>55,24</b>	<b>36,50</b>	<b>-33,92</b>	<b>55,24</b>	<b>36,50</b>	<b>-33,92</b>
Dépenses de fonctionnement	12,13	12,85	5,94	12,13	12,85	5,94
Dépenses d'intervention	43,11	23,65	-45,14	43,11	23,65	-45,14
<b>Total</b>	<b>409,45</b>	<b>426,96</b>	<b>4,28</b>	<b>399,58</b>	<b>430,56</b>	<b>7,75</b>
-dont dépenses de fonctionnement	109,59	125,24	14,28	109,42	125,24	14,28
-dont dépenses d'intervention	299,86	301,72	0,62	290,16	305,32	5,22

Source : projet annuel de performances

La difficulté à identifier et comptabiliser les personnels affectés aux différentes activités du secteur sanitaire et social pourrait justifier le regroupement de l'ensemble des effectifs dans un programme support : toutefois, celui-ci précise au contraire la répartition des personnels au sein des trois programmes de la mission Santé, en précisant qu'elle « a été effectuée à partir des organigrammes réels des services centraux et déconcentrés ». Ainsi, le projet annuel de performances de la mission *Solidarité et intégration* détaille comme suit cette répartition, ainsi que son coût :

– concernant la gestion du programme *Santé publique et prévention*, 60,5 millions d'euros sont prévus pour 2007, qui financeront 1.028 équivalents temps plein travaillé (ETPT) ;

– le programme *Offre de soins et qualité du système de soins* sera doté de 112 millions d'euros, avec 1.994 ETPT en son sein ;

– et enfin, les dépenses de personnel du programme *Drogue et toxicomanie* s'élèvent à 2,3 millions d'euros pour 2007, pour 37 ETPT.

Les dépenses de personnel du programme *Offre de soins et qualité du système de soins* représentent de fait plus du double des crédits qui sont prévus au sein de la mission Santé.

**Votre Rapporteur spécial souligne à quel point il serait donc opportun de transférer les crédits de personnel aux programmes de la mission Santé** : en effet, un tel transfert aurait l'avantage de contribuer à la lisibilité des politiques en matière de santé publique, tout en conférant de façon effective au responsable

de chaque programme la maîtrise de ses coûts de fonctionnement, comme le préconise initialement la loi organique.

Par ailleurs, la mission ne comprend pas de dépenses d'investissement, celles-ci étant essentiellement prises en charge par l'assurance maladie. Au total, la mission *Santé* s'avère donc largement tronquée : elle ne permet pas en tout état de cause d'estimer de façon globale l'effort financier de l'État en faveur de la santé publique.

## B.- L'ÉPREUVE DE LA PERFORMANCE

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

– le programme *Santé publique et prévention* est constitué d'un budget opérationnel de programme (BOP) national, la direction générale de la santé, et 26 BOP régionaux dans chacune des 22 régions métropolitaines et des 4 départements d'outre-mer ;

– le programme *Offre de soins et qualité du système de soins* comprend un BOP central, dont la responsabilité incombe à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ;

– le programme *Drogue et toxicomanie* comprend également un BOP central, la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT).

La stratégie de performance initiée en 2006 se poursuit au sein du projet annuel de performances pour 2007 : la première finalité reste la stabilisation des objectifs et des indicateurs de performance qui leur sont associés. Ainsi, quelques modifications et quelques améliorations ont été apportées :

– au sein du programme *Santé publique et prévention*, les 7 objectifs de 2006 ont laissé la place à 5 objectifs et le nombre des indicateurs a été réduit de 17 à 12 : ainsi, l'objectif qui visait à « *rédiger et publier dans les meilleurs délais les textes d'application des lois et de transposition des directives européennes* » a été supprimé, ayant été considéré comme trop large et ne dépendant pas de la seule administration opérant dans la santé publique. Celle-ci ne dispose pas en effet, en la matière, d'une marge de manœuvre suffisante. Par ailleurs, même si la production réglementaire est une activité majeure de la direction générale de la santé dans ses prérogatives de pilotage de la santé publique, il ressort des consultations menées que la performance attendue de la réduction des délais de production est difficilement quantifiable en termes d'amélioration de la santé des citoyens. En revanche, la suppression de l'objectif d'amélioration de « *la connaissance de l'état de santé de la population en réduisant les délais de traitement par l'INSERM des certificats de décès* » apparaît moins justifiée. Le fait que cet objectif n'ait pas été repris pour 2007 semble lié,

d'une part, au retard pris dans la diffusion du système de transmission électronique des certificats et d'autre part, aux cibles initialement fixées. En effet, en 2004, le délai moyen de transmission était de 90 jours et le délai moyen de traitement et d'analyse des certificats de 3 ans : or, les délais cibles en 2008 sont de 30 mois pour la transmission des certificats et de 11 mois pour l'analyse et le traitement de ceux-ci. Outre des délais qui semblent initialement longs, l'atteinte de ces objectifs pour 2008 semble compromise. Il est regrettable que cet objectif ait été purement et simplement abandonné, dans la mesure où il aurait permis d'évaluer l'efficacité générale de la réforme de la transmission des certificats de décès.

#### **LA RÉFORME DU CIRCUIT DE TRANSMISSION DU CERTIFICAT DE DÉCÈS**

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 prévoit de réformer le circuit de transmission des certificats de décès afin d'accélérer l'établissement de la statistique nationale des causes de décès, d'améliorer la qualité des données, et de permettre l'utilisation des données recueillies à des fins de veille et d'alerte à la fois par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Le dispositif des certificats de décès est complexe du fait de la multiplicité des finalités et des partenaires : outre ses fonctions de santé publique, le certificat sert en effet (volet « administratif ») à dresser les actes d'état civil, à permettre les opérations funéraires, et à mettre à jour les données de l'INSEE.

Une étude préalable, menée en 2004 sous la direction de l'INSERM et du ministère chargé de la santé, a recueilli l'avis des partenaires institutionnels et privés sur les modalités de mise en œuvre de ce projet. L'INSERM a ensuite conçu et réalisé le logiciel, qui est actuellement en cours de test. Le système sera expérimenté de septembre 2006 à février 2007 dans 56 établissements volontaires, et est destiné à être généralisé à partir de la mi-2007.

Ce dispositif est prévu par le décret n° 2006-938 du 27 juillet 2006 relatif au certificat de décès et modifiant le code général des collectivités territoriales.

Le médecin ayant constaté le décès saisit le certificat de décès sur un formulaire électronique, à partir d'un poste informatisé, après s'être authentifié au moyen d'une carte de professionnel de santé (CPS) ou d'un moyen équivalent. Le volet administratif du certificat est imprimé et signé par le médecin afin d'être remis à l'officier d'état civil de la mairie du lieu de décès et à l'opérateur funéraire. Le certificat est transmis par voie électronique dès son établissement, après chiffrement, à un organisme chargé de gérer la base de données constituée de l'ensemble des certificats de décès saisis. Dès réception des certificats, cet organisme télétransmet, au Cépidec INSERM, les informations relatives aux causes de décès et, à l'INSEE, les informations nécessaires à la mise à jour du répertoire national d'identification des personnes physiques et à la réalisation des enquêtes statistiques obligatoires.

Les informations de la base de données contenant tous les volets médicaux seront accessibles par l'InVS et, pour la zone géographique qui les concerne, par les DDASS et les DRASS., afin de leur permettre d'exercer leur mission de veille et d'alerte sanitaire dans de meilleures conditions. En effet, l'accès aux informations du volet médical du certificat de décès sera quasi instantané, alors qu'aujourd'hui, outre que l'InVs n'est pas destinataire de ces informations, les DDASS doivent attendre jusqu'à plusieurs semaines avant de recevoir des mairies le volet médical du certificat de décès. Ce gain de temps considérable devrait permettre aux DDASS d'exercer leur mission de surveillance au niveau du département de façon plus efficiente.

Ces informations pourront être transmises aux médecins responsables d'un registre de pathologies participant au réseau national de santé publique et qui sont chargés de surveiller l'incidence et l'évolution de certaines pathologies (cancers, cardiopathies, malformations). Le formulaire papier dans sa forme actuelle persistera afin de tenir compte des décès ne survenant pas en établissement. Les certificats continueront à transiter par les DDASS. Toutefois, dès que l'informatisation des certificats de décès aura atteint un seuil suffisant (aux alentours de 40 %), il est envisagé que les mairies envoient directement le volet médical du certificat de décès au Cépidec-Inserm afin de raccourcir les délais de transmission.

Le ministère chargé de la santé finance ce projet à hauteur de 687.308 euros au total, dont 100.000 euros en 2006, répartis ainsi :

- 87.308 euros pour le financement de l'étude préalable de faisabilité menée en 2004 ;
- 600.000 euros de subvention alloués à l'INSERM dans le cadre d'une convention triennale (200.000 euros en 2004, 300.000 euros en 2005 et 100.000 euros en 2006).

L'INSERM participe au coût du projet, dans le cadre de cette convention, à hauteur de 270.000 euros. Il supportera en outre les coûts liés à la prestation d'hébergement des données, soit environ 100.000 euros annuels. Ces coûts seront toutefois compensés, quand le système sera pleinement développé, par les économies réalisées par rapport au traitement manuel des certificats. Il n'y a pas globalement de participation de l'assurance maladie au financement du dispositif. Les établissements hospitaliers auront éventuellement à supporter des coûts informatiques, qui devraient être modestes.

– le programme *Offre de soins et qualité du système de soins* repose sur trois objectifs qui visent respectivement à « *optimiser le pilotage de l'offre de soins* » en passant par un contrôle de la contractualisation progressive entre l'État et les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), à « *améliorer l'impact de l'évaluation du système de santé* » par le suivi des recommandations de la Haute autorité de santé, et enfin, à « *répondre au besoin de formation des étudiants en médecine* », en sondant la satisfaction vis-à-vis de l'offre de stages ;

– le programme *Drogue et toxicomanie* reprend les 4 objectifs développés en 2006, soit respectivement de mobiliser l'ensemble des acteurs autour du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, de renforcer la capacité de pilotage de la MILDT aux niveaux national et territorial, d'« *améliorer la pertinence des dispositifs expérimentaux d'intervention* » ainsi que celle « *des échanges internationaux en matière de lutte contre les drogues* ».

Globalement, les objectifs et indicateurs paraissent aujourd'hui stabilisés : ces derniers sont en effet tous renseignés, même si les valeurs de la réalisation pour 2005 ne sont pas toujours disponibles. Enfin, les indicateurs d'efficience de la gestion demeurent sous-représentés.

### III.– L'EXÉCUTION BUDGÉTAIRE EN 2006

Les crédits inscrits en loi de finances initiale pour cette mission s'élevaient à 409,5 millions d'euros d'autorisations d'engagement et à 399,6 millions d'euros en crédits de paiement. Les crédits ouverts au 7 août 2006 sont de 412,7 millions d'euros en autorisations d'engagement et de 402,8 millions d'euros en crédits de paiement. Les principaux mouvements intervenus correspondent à :

– des reports de crédits de 2005 sur 2006 d'un montant total de 5,54 millions d'euros ;

– des annulations pour 2,73 millions d'euros en autorisations d'engagement et 2,76 millions d'euros en crédits de paiement, destinés à gager les décrets d'avance dans le cadre de la lutte contre la dengue et le chikungunya.

Enfin, le programme *Drogue et toxicomanie* a vu le rattachement de fonds de concours à hauteur de 1,8 million d'euros en 2006, contre 1,2 million d'euros initialement prévus.

Par ailleurs, la réserve de précaution qui s'élève à 5 % des crédits en autorisations d'engagement comme en crédits de paiement, ne tient pas compte des crédits annulés au titre du « Plan banlieue 2006 », voté en loi de finances initiale pour 2006, et qui porte sur 2,12 millions d'euros au sein de la mission *Santé*.





## CHAPITRE II : LE PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE ET PRÉVENTION

Le programme *Santé publique et prévention* a pour finalité de concevoir et piloter la politique de santé publique, de promouvoir l'éducation pour la santé, de diminuer la mortalité prématurée et la morbidité par des actions de prévention, d'améliorer la qualité de vie des personnes malades et de réduire les inégalités de santé et d'accès à la prévention.

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a précisé le rôle d'orientation de l'État et l'organisation, notamment régionale, qui doit permettre une optimisation de la coordination des moyens et de la mise en œuvre de la politique de santé publique. Les années 2005 et 2006 devaient voir la mise en place des principaux dispositifs prévus par cette loi aux niveaux national et régional : Conférence nationale de santé, conférences régionales de santé, Haut conseil de santé publique, Comité national de santé publique, plans régionaux de santé publique, groupements régionaux de santé publique (GRSP), etc. L'année 2006 a été également consacrée à la tenue d'États généraux de la prévention afin de renforcer l'impulsion de cette politique et la mobilisation de tous ces acteurs, dont les réalisations devront être amplifiées au cours de l'année 2007.

C'est pourquoi le programme se décompose en :

– un budget opérationnel de programme (BOP) national, piloté par la direction générale de la santé (DGS), qui subventionne notamment l'Institut national de la prévention et de l'éducation à la santé (INPES) et l'Institut national du cancer (INCa) ;

– et 26 BOP régionaux, qui subventionnent notamment les groupements régionaux de santé publique (GRSP).

**Ce programme devrait être doté en 2007 de 289,9 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement, soit respectivement une progression de 14,5 % et de 19,9 % par rapport à 2006.**

Cette hausse est d'abord liée à la poursuite des principales actions dans des domaines stratégiques :

– le plan national de lutte contre le cancer sera poursuivi avec la mise en place de sa dernière tranche et une augmentation de l'ordre de 23 millions d'euros des crédits qui lui sont consacrés sur le programme *Santé publique et prévention* ;

– l'année 2007 consacre également la mise en place effective du plan « psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » et du deuxième programme national nutrition santé (PNNS), ainsi que l'entrée en vigueur du contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'INPES pour l'amélioration de la prévention et de l'éducation à la santé.

L'augmentation des dotations du programme tient ensuite à deux changements de périmètre :

– la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) voit ses crédits progresser de 44,91 %, cette hausse découlant de la recentralisation de certains compétences jusque là confiées aux départements par la loi relative aux responsabilités et aux libertés locales du 13 août 2004 ;

– la lutte contre les pratiques à risque (alcool, tabac, drogues illicites) reste une priorité ; à ce titre, 18 millions d'euros de crédits qui étaient affectés en 2006 au programme *Drogue et toxicomanie* seront réintégrés en 2007 au sein du programme *Santé publique et prévention*.

**RÉPARTITION DES CRÉDITS DE PAIEMENT DU PROGRAMME  
SANTÉ PUBLIQUE ET PRÉVENTION**

(en millions d'euros)

	LFI 2006	PLF 2007	2006 / 2007 (%)
<b>Action Pilotage de la politique de santé publique</b>	<b>27,96</b>	<b>31,35</b>	<b>12,14</b>
Dépenses de fonctionnement	2,30	4,30	86,96
Frais de justice, indemnisations	1,43	5,93	314,69
Structures associées au pilotage de la politique de santé publique	8,40	9,31	10,83
Autres actions dont santé précarité	10,00	7,30	-27
<b>Action Déterminants de santé</b>	<b>16,19<sup>(1)</sup></b>	<b>31,39</b>	<b>93,89</b>
Alcool et tabac	4,77	3,05	-36,06
Traumatismes par accidents et violences	3,50	1,82	-48
Autres pratiques à risque	13,29	11,36	-25,65
Programme national nutrition santé (PNNS)	3,46	3,02	-12,72
Environnement dont travail	2,04	1,72	-15,69
<b>Actions Pathologies à forte morbidité / mortalité</b>	<b>191,63</b>	<b>220,54</b>	<b>28,91</b>
INCa	45,23	50,57	11,81
Cancer	51,31	63,54	23,84
VIIH / Sida	36,30	36,43	0,36
IST	5,70	8,30	45,61
Hépatites	3,20	1,78	-44,38
Santé mentale	5,80	5,60	-3,45
Maladies rares	1,20	0,61	-49,17
Vaccinations	14,10	17,68	25,40
Tuberculose	19,60	28,49	45,36
Autres maladies	0,9	0,58	-35,56
<b>Action Qualité de la vie et handicaps</b>	<b>6,06</b>	<b>6,61</b>	<b>9,08</b>
Santé périnatale	3,70	1,84	-50,27
Santé de l'enfant et troubles de l'apprentissage	0,25	0,49	96
Maladies chroniques	0,97	0,88	-9,28
Maladie d'Alzheimer	0,66	0,81	22,73
Douleur et soins palliatifs	0,25	0,25	0
<b>INPES<sup>(2)</sup></b>	<b>22,93</b>	<b>23,80</b>	<b>3,79</b>
<b>TOTAL</b>	<b>241,84</b>	<b>289,89</b>	<b>19,87</b>

(1) Ce montant s'explique par le transfert de l'ensemble des crédits addictologie (tabac, alcool, autres pratiques à risques) vers le programme *Drogue et toxicomanie* en 2006.

(2) La subvention à l'INPES est répartie entre les quatre actions du programme.

Source : projet annuel de performances

Enfin, au sein du programme *Gestion des politiques sanitaires* de la mission *Solidarité et intégration*, le programme *Santé publique et prévention*

bénéficie de 60,5 millions d'euros et de 1.028 équivalents temps plein travaillé pour 2007.

### **I.- L'ACTION PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE**

L'action support *Pilotage de la politique de santé publique* recouvre toutes les fonctions d'état-major de la politique de santé publique, c'est-à-dire la conception et la mise en œuvre des lois et règlements, la détermination des objectifs de santé publique, la programmation en santé et l'évaluation des politiques menées dans ce domaine.

**Cette action devrait être dotée en 2007 de 31,3 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement, soit respectivement une hausse de 9,7 % et 12,1 % par rapport à 2006.**

Cette progression est principalement liée à l'augmentation des crédits destinés au paiement des frais et des indemnisations suite à des décisions de justice : ces dépenses font en effet désormais l'objet de crédits limitatifs, ce qui explique la majoration de leur montant pour 2007. La régionalisation progressive du système de pilotage de la politique de santé publique rend compte du reste de l'augmentation des crédits de l'action.

#### **A.- LE FINANCEMENT DE L'ORGANISATION DU PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE**

##### **1.- Les dépenses de fonctionnement courant des pilotes nationaux**

L'action finance les dépenses de fonctionnement, autres que celles de personnel, des diverses structures de pilotage de la politique de santé publique ; au niveau national, elles concernent :

– le haut conseil de la santé publique (HCSP), instance d'expertise nationale qui entrera dans sa première année pleine de fonctionnement en 2007, et se voit dotée de 100.000 euros ;

– les assises nationales et les forums régionaux des États généraux de la prévention, financés à hauteur de 400.000 euros ;

– les actions de communication, pour 230.000 euros en 2007 ;

– le fonctionnement de la direction générale de la santé, à hauteur de 210.000 euros.

L'ensemble des pilotes se verra doté de 2,6 millions d'euros en 2007 ; par ailleurs, une dotation de 1,7 million d'euros est prévue pour le fonctionnement des groupements régionaux de santé publique (GRSP), ce qui porte l'ensemble de ces crédits à 4,3 millions d'euros, soit une hausse de 86,87 % par rapport à 2006 :

cette augmentation est donc spécifiquement liée à la mise en place progressive des instances régionales de santé publique.

## 2.– La progressive régionalisation de la politique de santé publique : un retard persistant

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique réaffirme la responsabilité de l'État dans la définition et l'animation de la mise en œuvre de cette politique, tout en confirmant le niveau régional comme l'échelon territorial de coordination de la mise en œuvre des actions dans ce domaine. Elle prévoit ainsi que les préfets de région arrêtent, après avis des conférences régionales de la santé, les plans régionaux de santé publique (PRSP) et pilotent les groupements régionaux de santé publique (GRSP) chargés de leur mise en œuvre.

Après un retard préoccupant pris dans la mise en place de ces divers acteurs, dont votre Rapporteur spécial s'était alarmé l'année passée, les nouveaux dispositifs sont progressivement mis en place au cours de l'année 2006.

### *a) Les conférences régionales de la santé*

Les conférences régionales de la santé (CRS) sont composées de 60 à 120 membres et regroupent les collectivités territoriales et l'assurance maladie, les usagers du système de santé, les institutions et organismes qui y participent, les professionnels de santé, mais également des acteurs économiques et des personnalités qualifiées. Chargées de la concertation préalable à l'établissement des objectifs pluriannuels de chaque région, les CRS sont consultées lors de l'élaboration du plan régional de santé publique (PRSP), qu'elles évaluent à travers un rapport transmis à la conférence nationale de la santé.

L'ensemble des conférences régionales de la santé est installé à la fin 2006 et 18 d'entre elles ont donné leur avis sur les PRSP. Une conférence des présidents de CRS est en cours de construction. Toutefois, le degré d'appropriation de la démarche est variable selon les régions et l'implication des collectivités territoriales reste parfois difficile.

### *b) Les plans régionaux de santé publique*

Outils de la politique de santé publique, les plans régionaux de santé publique (PRSP) visent à fixer les grandes orientations de la politique régionale et à fédérer autour d'objectifs partagés, les actions des opérateurs et des financeurs de la santé publique dans la région. Prenant la forme d'un arrêté pris par le préfet de région après avis de la conférence régionale de la santé, le PRSP doit obligatoirement comprendre des actions dans les domaines couverts par les cinq plans stratégiques nationaux : cancer, environnement, maladies rares, maladies chroniques, violence et santé.

En août 2006, 18 PRSP sur 26 avaient été arrêtés par les préfets de région.

*c) Les groupements régionaux de santé publique*

Constitués sous forme de groupement d'intérêt public (GIP), et réunissant des représentants de l'État, de l'assurance maladie, de l'agences régionale de l'hospitalisation (ARH), de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES), de l'Institut de veille sanitaire (InVS), mais aussi des collectivités territoriales et des personnalités qualifiées, les groupements régionaux de santé publique (GRSP) sont chargés de décider du financement, du suivi et de l'évaluation des PRSP. Les moyens des GRSP proviennent d'une part d'une dotation de l'État, et d'autre part d'une dotation de l'assurance maladie qui détermine sa participation dans le cadre d'une convention d'objectifs et de gestion (COG).

A la fin août 2006, seuls deux GRSP avaient été effectivement créés, alors que quatre régions étaient signataires de la convention constitutive d'un GRSP qui n'était pas encore effectif. Les autres régions devraient signer celle-ci d'ici la fin de l'année. **Force est de constater que deux ans après l'entrée en vigueur de la loi relative à la santé publique, les acteurs pilotes de cette politique ne sont toujours pas opérationnels. Ce retard pèse immanquablement sur la mise en œuvre de la politique de santé publique.**

Le tableau ci-dessous retrace les crédits de fonctionnement consacrés à l'ensemble de ces structures depuis leur création par la loi.

**MOYENS DE FONCTIONNEMENT DES BOP RÉGIONAUX**

*(en millions d'euros)*

<b>Programme Santé publique prévention</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Conférence nationale de santé et conférences régionales de santé	Pas de CNS CRS : 0,3	0,33	0,62
Contribution au fonctionnement des GRSP	Pas de GRSP mis en place	GRSP en cours d'installation (données non disponibles)	1,7
Évaluation des PRSP et systèmes d'information des PRSP et GRSP	0,08	-	1,039

*Source : ministère de la santé et des solidarités*

Le tableau suivant présente les crédits d'intervention dont seront dotées ces structures en 2007.

**CRÉDITS D'INTERVENTION DES BOP RÉGIONAUX POUR 2007**

(en millions d'euros)

	<b>2007</b>
<b>-Plan cancer</b>	
INCa	45,2
Dépistage	47,7
Expérimentation du maintien à domicile et lutte contre la douleur	9,3
Autres actions (formation des professionnels, information, subvention aux associations...)	5,9
<b>-Programme national de lutte contre le VIH 2005-2008</b>	<b>36,3</b>
<b>-Lutte contre les pratiques à risques</b>	
Alcool et tabac (hors actions cancer)	3,1
Réduction des risques pour les usagers de drogues	11,3
<b>-Plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence</b>	<b>1,3</b>
<b>-Plan national nutrition santé</b>	<b>3</b>
<b>-Plan national psychiatrie santé mentale</b>	<b>5,6</b>
<b>-Amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques</b>	<b>0,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>169,3</b>

Source : ministère de la santé et des solidarités

A cette dotation de l'État s'ajoute également la dotation que versera l'assurance maladie aux GRSP pour contribuer au fonctionnement du GIP et pour le financement des actions de santé publique définies dans le cadre des PRSP, correspondant à un montant total de 196,5 millions d'euros sur la période 2006-2009.

**B.- L'ACCÈS AUX SOINS DES PLUS DÉMUNIS : LE RÔLE DES PROGRAMMES RÉGIONAUX D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS**

Depuis leur mise en place en 2000, les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) ont vocation à mettre en œuvre des actions de santé à destination des publics en difficulté, portées, le plus souvent, par le milieu associatif, à partir d'un diagnostic établi au niveau départemental. En mai 2004, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) estimait que les PRAPS paraissent être un « *dispositif légitime et apte à motiver une réelle dynamique de transversalité* ». Si ces programmes restent largement perfectibles, « *tous les acteurs s'accordent à souligner leur rôle dans le déclouisonnement entre santé et social, entre les divers services de l'État concernés, entre les services déconcentrés de l'État et les collectivités territoriales, avec le monde associatif, pour l'amélioration des pratiques à l'égard des publics en situation de précarité ou d'exclusion*<sup>(1)</sup> ».

C'est pourquoi, ces programmes ont été renforcés par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 et sont désormais obligatoires au sein des plans régionaux de santé publique (PRSP).

(1) Rapport de l'IGAS, « *synthèse des bilans de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions* ».

La directive nationale d'orientation (DNO) 2005 précisait notamment que les actions de santé en faveur des populations les plus démunies pouvaient être mises en œuvre selon deux modalités :

– lors de l'élaboration de chaque programme de santé, en prévoyant des dispositions en faveur des populations les plus en difficulté ; les moyens seront alors mobilisés sur la ligne correspondant au thème principal du programme (déterminant, pathologie, etc.) ;

– en maintenant et en développant des dispositifs spécifiques lorsque les particularités des populations l'exigent ; les moyens devront alors être mobilisés sur la sous-action *Autres actions dont santé précarité*.

La lutte contre les inégalités de santé doit en effet, au delà du cadre des PRAPS, traverser l'ensemble des processus de programmation et de planification du champ sanitaire et social. De nombreux plans ou programmes d'ampleur nationale ont ainsi développé des actions au bénéfice des publics en situation de précarité : programme national nutrition santé, programme national de lutte contre le VIH / Sida en direction des migrants et des étrangers, plan national santé environnement, plan national canicule, plan de mobilisation nationale contre le cancer, plan psychiatrie et santé mentale, plan national pour la prise en charge des maladies rares, plan périnatalité, plan violence et santé, etc.

En 2005, 9,5 millions d'euros avaient été inscrits en loi de finances initiale sur la sous-action *Autres actions dont santé précarité*. Un montant de 11,6 millions d'euros a finalement été consommé dans ce cadre et 45,8 millions d'euros ont été mobilisés sur l'ensemble du programme *Santé publique et prévention*, pour des actions en faveur de populations subissant une vulnérabilité sociale particulière : les publics précarisés ou exclus ainsi que les jeunes de 16 à 25 ans. Au total, 2,3 millions de personnes ont été visées par ces activités.

En 2007, les groupements régionaux de santé publique (GRSP) mettront en œuvre une nouvelle génération de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis, dont les objectifs auront, pour la première fois, été élaborés en parfaite cohérence avec ceux des plans régionaux de santé publique (PRSP). **Ainsi, 93 % des 7,3 millions d'euros consacrés aux actions relatives aux inégalités de santé bénéficieront aux PRAPS en 2007.**

#### C.– LE FINANCEMENT DES AUTRES PARTENAIRES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le pilotage de la politique de santé publique passe également par des soutiens et des partenariats avec diverses associations, pour un montant de **1,5 million d'euros en 2007** :

– les associations d'usagers du système de santé, qui bénéficieront de 1,1 million d'euros en 2007, avec principalement la mise en place d'une

convention pluriannuelle d'objectifs avec le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) en vue d'aider à la structuration de la représentation des usages, en particulier en régions, et à organiser des formations de représentants des usagers. Cette action propose également un soutien aux collectifs interrégionaux associatifs ainsi qu'une subvention pour l'actualisation de l'annuaire des associations de santé ;

– les associations de professionnels du système de santé, dotées de 423.000 euros en 2007 ;

L'échelon communal apparaît essentiel dans le pilotage de la santé publique : c'est pourquoi **2,6 millions d'euros sont consacrés en 2007** aux actions menées par les « ateliers santé villes » (ASV) qui regroupent 130 projets sur l'ensemble du territoire, ainsi qu'à l'association « Élus santé publique et territoires ». L'observation de la santé est également privilégiée, avec 4,59 millions d'euros prévus en 2007 au profit des observatoires régionaux de santé et de leur fédération nationale.

Les observatoires régionaux de la santé, et leur fédération nationale, seront quant à eux dotés de **4,6 millions d'euros** en 2007.

La participation à des études sur les conditions d'utilisation des produits de santé après leur commercialisation, et une contribution à des programmes de recherche tels que le programme AVENIR mis en place par l'INSERM en faveur des travaux de jeunes chercheurs, s'élèvent à **0,5 million d'euros**.

Le financement de l'ensemble de ces partenaires, ainsi que les PRAPS et les frais de fonctionnement des GRSP, atteignent ainsi 18,3 millions d'euros en 2007, montant qui regroupe l'ensemble des crédits d'intervention au titre de l'action *Pilotage de la politique de santé publique*.

Ce sont enfin **5,93 millions d'euros** qui sont prévus au titre du paiement des frais et des indemnisations suite à des décisions de justice. La répartition de ces dépenses est la suivante :

– 2,7 millions d'euros sont prévus pour les accidents vaccinaux pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2006. En effet, depuis cette date, c'est l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) qui assure l'indemnisation de ces accidents : c'est pourquoi une subvention spécifique de 500.000 euros est demandée à ce titre, destinée à compléter ce dispositif ;

– 0,5 million d'euros à destination des infirmiers atteints par le VIH ;

– et 2,7 millions d'euros au titre de la maladie de Creutzfeld Jakob.

Ces dépenses ont été multipliées par plus de trois par rapport à 2006.



## D.– LA POLITIQUE DE PRÉVENTION MENÉE PAR L'INPES

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

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a renforcé les missions de l'INPES, en affirmant son rôle dans la mise en œuvre des programmes de santé publique, mais également sa mission d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé, sa contribution au développement de l'éducation pour la santé et son rôle dans la formation à l'éducation, et enfin, sa participation à la gestion de crise sanitaire.

En 2006, le budget de l'INPES s'est élevé à 114,6 millions d'euros, comme le montre le tableau ci-après.

### BUDGET DE L'INPES EN 2006

(en millions d'euros)

Recettes		Dépenses	
Subvention de l'État	29,85	Personnel	9,32
Contribution de sécurité sociale	66,15	Fonctionnement	104,56
Contribution CNSA	3,00		
Ressources propres et autofinancement	2,46	Investissement	0,76
Prélèvement sur fonds de roulement	13,19		
<b>Total</b>	<b>114,64</b>	<b>Total</b>	<b>114,64</b>

Source : ministère de la santé et des solidarités

L'essentiel de la subvention de l'État relève du programme *Santé publique et prévention* : 23 millions d'euros sur une subvention totale de 29,9 millions d'euros. 6,5 millions d'euros relèvent du programme *Veille et sécurité sanitaire* au sein de la mission *Sécurité sanitaire* et 0,3 million d'euros sont affectés au programme *Drogues et toxicomanie* pour la prise en charge des États généraux de l'alcool.

La contribution de la CNSA au financement du dispositif de prévention des maladies chroniques et du vieillissement est fixée à 3 millions d'euros : toutefois, à ce jour, aucun versement n'a été effectué en l'absence de finalisation d'une convention d'actions spécifiques avec la CNSA.

Les effectifs de l'Institut ont représenté 136,5 équivalents temps plein travaillé (ETPT) en 2006, dont 118,5 ETPT permanents et 18 ETPT en contrat à durée déterminée (CDD). Ils se répartissent de la manière suivante.

RÉPARTITION DES EFFECTIFS DE L'INPES EN 2006

Emplois sous convention collective UCANSS	Effectifs en ETPT	Contrats de droit public	Effectifs en ETPT
		Fonctionnaires (hors catégorie)	7
Agents de direction	1	Catégorie A+	27
Médecins	2	Catégorie A	53
Cadres	8	Catégorie B	23
Employés	9,5	Catégorie C	4
<b>Total</b>	<b>20,5</b>	<b>Total</b>	<b>114</b>

Source : ministère de la santé et des solidarités

**La création de 5 emplois est prévue en 2007, sur les 7 emplois initialement demandés par l'INPES**, pour répondre à la montée en charge de l'institut, et notamment aux nouvelles missions qui lui sont confiées dans le domaine de la gestion des crises sanitaires, l'accompagnement des plans comme la santé mentale ou la santé et l'environnement, et la représentation de l'Institut dans les GRSP.

Toutefois, l'évolution du budget ne semble pas devoir suivre l'élargissement des missions confiées à l'Institut : **vo**tre Rapporteur spécial regrette le manque d'informations sur les prévisions budgétaires pour 2007. Seul le montant de la subvention de l'État au titre du programme *Santé publique et prévention* lui a été communiqué : **elle s'élèverait à 23,8 millions d'euros, soit très sensiblement au même niveau qu'en 2006**. Pourtant, 2007 doit voir la mise en place de nouveaux plans et programmes de santé publique qui exigeront la participation de l'Institut (sur les thèmes notamment de la qualité de vie pour les malades chroniques, la contraception, la santé mentale, les accidents de la vie courante, la santé et l'environnement, et l'alcool).

Un tel manque de visibilité ne peut que nuire à la crédibilité des politiques de santé publique engagées, exposant la contribution de l'assurance-maladie à jouer le rôle de variable d'ajustement dans le financement de l'Institut, alors même que la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et l'assurance maladie prévoit une stricte reconduction de la contribution de cette dernière, à 66 millions d'euros pour les trois prochaines années.

## II.- L'ACTION DÉTERMINANTS DE SANTÉ

L'action *Déterminants de santé*, qui recouvre l'ensemble des politiques d'information et d'éducation concernant les différents déterminants de santé, devrait être dotée en 2007 de 31,4 millions d'euros d'autorisations d'engagement soit une progression de 78,9 % et de 93,9 % en termes de crédits de paiement par rapport à 2006.

Cette hausse est à mettre au compte du transfert interne à la mission de 18 millions d'euros au titre de l'addictologie, du programme *Drogue et toxicomanie* au programme *Santé publique et prévention*, et à l'action *Déterminants de santé*. À périmètre constant, cette hausse masquerait en réalité une baisse de 23,7 % en termes d'autorisations d'engagements et de 17,3 % en termes de crédits de paiement.

Par ailleurs, 10,4 millions d'euros correspondent à une part de la subvention à l'INPES, en hausse de 28,8 % par rapport à 2006.

#### DÉPENSES D'INTERVENTION DE L'ACTION DÉTERMINANTS DE SANTÉ

(en millions d'euros)

	LFI 2006	PLF 2007	2007 /2006 (%)
Alcool et tabac	4,77 <sup>(1)</sup>	3,05	-36,06
-dont tabac		0,91	
-dont alcool		2,14	
Traumatismes par accidents et violences (dont violence routière)	3,50	1,82	-48
Autres pratiques à risque	13,29 <sup>(1)</sup>	11,36	-14,52
Programme national nutrition santé	3,46	3,02	-12,72
Environnement dont travail	2,04	1,72	-15,69
<b>TOTAL</b>	<b>27,06</b>	<b>20,96</b>	<b>-24,54</b>

(1) Ces crédits, inscrits initialement à l'action *Déterminants de santé* ont été finalement transférés vers le programme *Drogue et Toxicomanie*.

Source : projet annuel de performances

Ce sont donc l'ensemble des crédits d'intervention de cette action qui accusent une baisse, notable pour certains d'entre eux, par rapport à 2006 :  **votre Rapporteur spécial appelle l'attention sur cette baisse, qui est particulièrement élevée pour la lutte contre l'alcool et le tabac**, à l'heure où le durcissement de la réglementation en matière d'interdiction de fumer dans les lieux publics est à l'ordre du jour et où la mise en œuvre du plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool devient une priorité.

### A.— LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

#### 1.— La politique de lutte contre l'alcoolisme

En 2006, la France se situait au onzième rang mondial en termes de consommation moyenne d'alcool par habitant : celle-ci s'inscrit en baisse, puisqu'en 1962, elle s'établissait à 26 litres d'alcool pur, pour 13,1 litres en 2004, soit une diminution de moitié en près de 40 ans. La France comptait au début des années 2000 près de 13 millions de consommateurs réguliers d'alcool dont 8 millions d'usagers quotidiens, ces derniers représentant un peu moins de 17 % de la population âgée de 12 à 75 ans. Toutefois, selon un test, en 2002, 18 % des hommes et 6 % des femmes avaient consommé la veille de celui-ci un nombre de verres supérieur aux seuils recommandés (3 verres par jour pour les hommes et 2 verres pour les femmes selon l'OMS) ; environ 4 millions de personnes (13,8 %

des hommes et 5 % des femmes âgés de 12 à 75 ans) peuvent être considérés comme des consommateurs à risque de dépendance.

Surtout, l'alcool reste la deuxième cause de mortalité évitable en France : la surmortalité masculine liée à l'alcool reste de 30 % supérieure à la moyenne européenne, et le nombre de décès directement causés par l'alcool, - soit les décès par cirrhose, par cancer des voies aéro-digestives supérieures et par psychose alcoolique -, s'élève à 22.200 en 2002.

La politique de lutte contre l'alcoolisme s'inscrit dans le cadre de deux plans :

– le *Plan national de mobilisation contre le cancer 2003-2007*, qui vise à mettre en place un avertissement sanitaire plus lisible et plus utile au consommateur d'alcool, assorti d'un numéro d'appel, mais aussi à diffuser des repères et des conseils pour aider à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool, en formant les médecins et infirmières au repérage précoce des buveurs excessifs et à une démarche de conseil qui doit être intégrée dans la consultation de prévention prévue par la loi relative à la politique de santé publique. Le plan vise également à renforcer la prise en charge par des équipes de liaison hospitalière et à relancer une campagne d'information grand public sur les risques sanitaires liés à l'excès d'alcool ;

– le *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008*, piloté par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), et qui fixe deux objectifs précis, celui d'abaisser les consommations d'alcool aux seuils définis par l'OMS et celui de faire évoluer et respecter les législations relatives au tabac et l'alcool.

La politique de lutte contre le risque alcool s'articule autour de deux axes :

– le renforcement du dispositif législatif et réglementaire, qui doit permettre de mieux faire appliquer la législation en matière de lutte contre l'alcoolisme et de publicité en faveur des boissons alcoolisées, d'élargir le champ de la taxe dite « prémix » aux nouvelles boissons alcoolisées aromatisées, et de renforcer la prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale ;

– la relance de l'information sanitaire et de la prévention du public, qui passe par les diverses campagnes de prévention de l'INPES, et sont relayées au niveau local par les comités départementaux de prévention de l'alcoolisme (CDPA), les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), les associations d'anciens buveurs et les comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES). Un guide pratique relatif à la prévention des conduites addictives en milieu scolaire, sous l'égide de la MILDT, est par ailleurs en cours d'expérimentation, et les États généraux de l'alcool, qui doivent passer par des débats en région et des forums citoyens, ont été lancés en septembre 2006.

## 2.– Un financement dans lequel la part de l'État reste marginale

L'effort budgétaire des pouvoirs publics en matière de lutte contre l'alcoolisme a sensiblement progressé : l'effort a été particulièrement important en 2004 et 2005 puisque les crédits consacrés à la lutte contre l'alcoolisme ont augmenté de 12 % entre 2003 et 2004 et de 16 % entre 2004 et 2005. En 2006, l'augmentation des crédits est de 3 %. Toutefois, le fait que les crédits du fonds national de prévention, d'éducation et d'information pour la santé (FNPEIS) soient désormais intégrés dans les groupement régionaux de santé publique (GRSP) ne permet plus d'en connaître les montants et rend donc difficile la comparaison entre les années 2005 et 2006 sur les crédits consacrés à la lutte contre l'alcoolisme par les pouvoirs publics : en effet, la somme de 10 millions d'euros du fonds n'est plus comptabilisée, ce qui conduit à sous-estimer l'augmentation des crédits consacrés à la lutte contre l'alcoolisme.

Parmi les crédits en augmentation en 2006, il convient de souligner les contributions, sur les crédits de la MILDT, à l'occasion de la mise en place des États généraux de l'alcool, et de l'assurance maladie au travers de son enveloppe médico-sociale.

Parmi les divers acteurs de cette politique, **la direction générale de la santé (DGS)** a connu l'accroissement le plus important de son budget, qui a été multiplié par quatre entre 2003 et 2005. En 2006, suite au transfert des crédits relatifs à l'alcool du programme *Santé publique et prévention* au programme *Drogue et toxicomanie*, placé sous l'autorité de la MILDT, la DGS ne bénéficie que des crédits du plan Cancer à hauteur de 1,6 million d'euros. Ces crédits servent à financer des associations nationales (pour un peu moins d'1 million d'euros) et des actions d'amélioration des pratiques (0,6 million d'euros).

Depuis 2003, dans le cadre du plan Cancer, **l'INPES** contribue au-delà de ses campagnes nationales, au soutien à des associations en régions au travers d'appels à projets, à hauteur de 0,5 million d'euros en 2004, de 1,7 million d'euros en 2005 et de 1,8 million d'euros en 2006.

Il apparaît difficile d'identifier la part thématique des crédits les plus importants de la MILDT, en particulier ceux délégués aux chefs de projet et aux groupements d'intérêt public Drogue Alcools Tabac Info Service (GIP DATIS) et à l'Office français des drogues et des toxicomanies (GIP OFDT). En 2006, 400.000 euros de subventions nationales peuvent être identifiés. La MILDT est plus particulièrement chargée de la mise en place des États généraux de l'alcool à hauteur de 2 millions d'euros pour l'organisation en régions et à hauteur de 0,4 million d'euros pour l'organisation nationale. Enfin, sur la base de la répartition des crédits entre les différentes thématiques alcool, tabac et autres pratiques à risque, initialement prévue en 2006, il est possible d'évaluer à 1,7 million d'euros les montants consacrés à l'alcool par les services déconcentrés.

Il convient enfin de souligner la part importante de la contribution de l'assurance maladie à la politique de lutte contre l'alcoolisme, et particulièrement via le financement des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), qui représente en 2006 environ 67,8 millions d'euros, soit une multiplication par quatre du montant qui leur est consacré depuis leur transfert à l'assurance maladie.

#### ÉVOLUTION DES CRÉDITS PUBLICS POUR LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

(en millions d'euros)

	2003	2004	2005	2006 (p)
DGS	0,81	3,36	3,42	1,58
<i>dont national</i>	<i>0,81</i>	<i>0,94</i>	<i>1,49</i>	<i>1,58</i>
<i>dont déconcentré</i>	<i>n.c</i>	<i>2,43</i>	<i>1,93</i>	<i>0,00</i>
DREES	-	-	-	0,04
MILDT	0,80	0,29	0,46	4,91
Crédits ARH régionalisés	0,00	n.c	n.c	n.c
INPES	2,58	5,68	6,29	7,25
<i>dont campagnes de communication</i>	<i>2,58</i>	<i>5,16</i>	<i>4,55</i>	<i>5,50</i>
<i>dont appel à projet en région</i>	<i>0,00</i>	<i>0,53</i>	<i>1,74</i>	<i>1,75</i>
INCa	-	-	-	0,39
FNPEIS	11,00	8,50	10,57	Intégré aux crédits du GRSP
CNAM ONDAM	45,94	50,75	59,11	67,80
<i>dont CCAA</i>	<i>38,05</i>	<i>45,74</i>	<i>50,48</i>	<i>60,42</i>
<i>dont mesures nouvelles</i>	<i>7,25</i>	<i>4,14</i>	<i>7,98</i>	<i>7,38</i>
<i>dont rattrapage CC ANPAA</i>	<i>n.c</i>	<i>0,88</i>	<i>0,65</i>	<i>0,00</i>
<b>Total</b>	<b>61,13</b>	<b>68,94</b>	<b>79,85</b>	<b>81,97</b>

Source : ministère de la santé et des solidarités

Il reste qu'au-delà de cette montée en charge indéniable du financement de la politique de lutte contre l'alcoolisme, c'est essentiellement sur l'assurance maladie que pèse le coût de cette politique : ainsi, **ce ne sont que 2,1 millions d'euros de crédits d'intervention à la charge du budget général qui sont prévus à ce titre pour 2007**, si l'on exclut la participation de l'INPES via ses campagnes de communication et ses appels à projets en région.

#### B.- LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME

Le tabac est la première cause de mort évitable, avec 66.000 décès par an, et la première cause de cancer. La politique de santé publique en la matière vise à lutter contre la consommation de tabac, par une politique de prévention active et de prise en charge ainsi que par une « dénormalisation » de l'usage du tabac.

En 2005, la politique de lutte contre le tabagisme a mobilisé 18 millions d'euros au total, contre 27,3 millions d'euros en 2004. Votre Rapporteur spécial s'étonne de ne disposer d'aucune information quant à l'ampleur des moyens globaux consacrés à cette politique en 2006.

En 2007, les crédits d'intervention de l'État au titre de cette politique s'inscrivent dans le plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 et s'élèvent à **0,9 million d'euros**, qui servent pour environ 60 % à la mise en place d'actions locales.

**Votre Rapporteur spécial juge regrettable le manque d'informations relatives à la politique de lutte contre le tabagisme, ainsi que la faiblesse de l'effort de l'État dans un domaine qui est considéré comme une priorité de santé publique.** Suivant partiellement les mesures préconisées par la mission d'information sur l'interdiction du tabac dans les lieux publics dans son rapport du 4 octobre 2006, le décret qui devrait être adopté en novembre prévoit l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics à partir du 1<sup>er</sup> février 2007, sauf dans les bars-tabac, restaurants et discothèques qui disposeront d'un délai jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2008. Dans un tel contexte, **la faiblesse des crédits de l'État consacrés à la prévention dans ce domaine décrédibilise la lutte contre le tabagisme.**

## C.– LA FAIBLESSE DES MOYENS CONSACRÉS AUX AUTRES POLITIQUES RELATIVES AUX DÉTERMINANTS DE SANTÉ

### 1.– Le plan « Violence et santé »

Le plan national pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risques et des conduites addictives, qui figure parmi les cinq plans prévus par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, aborde les relations entre la santé et diverses formes de violences et concerne des populations diverses (enfants et adolescents, personnes âgées, handicapées, dépendantes, etc.) dans des cadres divers (famille, milieu professionnel, institutions médico-sociales, prisons, établissements scolaires, etc.).

La mise en place de ce plan accuse un certain retard : à l'automne 2006, il n'est toujours pas entré en vigueur.

En 2005, 3,2 millions d'euros de crédits ont été répartis entre le niveau national et les services déconcentrés pour la mobilisation des acteurs, le financement d'études et d'expertises, dont 400.000 euros réservés à la formation à l'entretien du quatrième mois de grossesse, à la prévention des troubles de l'attachement précoce et de la maltraitance, et à la diffusion d'outils et de méthodes de « bientraitance » pour les personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). En 2006, ce sont 3,5 millions d'euros qui financent des actions au sein de trois axes stratégiques :

– la prévention, le repérage et la prise en charge, à hauteur de 1,6 million d'euros en régional et 0,4 million d'euros en national ;

– la diffusion des connaissances, l'information et la formation, pour 0,5 million d'euros en régional et 0,3 million d'euros en national ;

– et l'amélioration de la connaissance, la recherche et le développement des systèmes d'information, qui bénéficient de 0,2 million d'euros en régional et 0,5 million d'euros en national.

L'année 2007 sera consacrée à la mise en œuvre, tant au niveau national que régional, dans le cadre des plans régionaux de santé publique (PRSP), des recommandations qui seront issues du plan. Les crédits, à hauteur de 1,8 million d'euros, serviront à améliorer la prévention, le repérage et la prise en charge des victimes de violence (0,7 million d'euros), l'information du public et la formation des professionnels (150.000 euros), ainsi que la connaissance et la recherche sur la question de la violence et de la santé (440.000 euros). Enfin, 0,5 million d'euros sera consacré à l'achat de kits de prélèvements sanguins destinés aux forces de l'ordre dans le cadre de la sécurité routière.

Les crédits, hors kits de prélèvements sanguins, se répartissent entre le niveau national, à 30 %, pour la réalisation de recherches et d'études et l'élaboration de référentiels sur la bientraitance, et les actions locales expérimentales (à 70 %) sur les réseaux de prise en charge des victimes, la formation des professionnels et l'information du public.

**C'est donc finalement une baisse de 48 % qui affectera les crédits attribués à lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence par rapport à 2006 : votre Rapporteur spécial ne peut que regretter cette baisse, qui affecte des crédits en partie destinés au financement de la lutte contre la violence routière.**

## 2.– La lutte contre les autres pratiques à risque

En 2005, 25,8 millions d'euros ont été consacrés à la sous-action *Autres pratiques à risques* : les crédits étaient répartis entre l'administration centrale (8 % des crédits) et le soutien des structures locales de prévention et de lutte contre la toxicomanie (92 % des crédits). Dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008), les actions menées ont concerné pour l'administration centrale le financement du matériel de réduction des risques, des associations, des actions en direction des professionnels de santé, mais aussi des jeunes, ainsi qu'une étude d'évaluation de la politique publique sur les conséquences de l'extension de la prescription du Subutex® en ville. Pour les services déconcentrés, ces crédits ont permis de soutenir des structures locales de prévention et de lutte contre la toxicomanie.

En 2006, les crédits prévus sur cette sous-action, à hauteur de 13,3 millions d'euros, ont été transférés avec ceux relatifs à l'alcool et au tabac, sur le programme *Drogue et toxicomanie*, placé sous la responsabilité du président de la MILDT, par amendement parlementaire adopté en commission mixte paritaire, dans le cadre du projet de loi de finances pour 2006. La MILDT a ainsi doté les services déconcentrés de 12,2 millions d'euros au titre de cette action, mais ceux-ci peuvent financer des actions du plan régional de santé publique (PRSP) addictions/alcool sur ces crédits. Sur la base de la répartition des crédits initiale, les montants consacrés aux actions de toxicomanie et de réduction des risques par les services déconcentrés peuvent être estimés à hauteur de



9,6 millions d'euros. Au niveau national, la MILDT a financé les trousse de prévention (1,6 million d'euros). Enfin pour le financement des associations, un protocole d'examen commun des dossiers devait permettre de financer les associations de réduction des risques, jusqu'ici financées par la DGS, à hauteur de 481.000 euros.

En 2007, le retour des crédits consacrés aux autres pratiques à risque, ainsi que ceux relatifs à l'alcool et au tabac, est sollicité dans le cadre du projet de loi de finances pour 2007 : en effet, la MILDT n'a pas vocation à gérer directement des crédits relevant du volet sanitaire, ni à financer des dispositifs pérennes. Ce sont donc **11,36 millions d'euros qui sont inscrits au titre de cette action et réintégrés dans le programme Santé publique et prévention** : ils ont vocation à poursuivre le financement des associations nationales de lutte contre la toxicomanie et de réduction des risques ainsi que le matériel de réduction des risques. Ainsi, 1,54 million d'euros est destiné à financer les trousse de prévention pour les usagers de drogue. Les 9,81 millions d'euros restants sont destinés à financer des associations têtes de réseau au niveau central, mais principalement (à 92 %) à soutenir les structures locales de prévention et de lutte contre la toxicomanie, dont le financement se répartit comme suit :

#### FINANCEMENT DES STRUCTURES LOCALES DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE

	Nombre de structures	Coût (en millions d'euros)
Réseau toxicomanie ville hôpital	44	1,46
Structures d'accueil pour toxicomanes en grande précarité	5	2,72
Unités pour sortants de prison	6	0,6
Ateliers d'aide à l'insertion	25	1,94
Équipes mobiles de proximité	4	0,64
Programme d'échange de seringues et automates (hors CAARUD)	306	1,68

Source : projet annuel de performances

Le tableau suivant retrace l'évolution du financement de la lutte contre les autres pratiques à risques.

#### ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LES AUTRES PRATIQUES À RISQUE

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007 (p)
Autres pratiques à risques	25,82	0	11,36
dont national	2,06	0	0,91
dont déconcentré	23,75	0	10,45

Source : ministère de la santé et des solidarités

**Toutefois, mis à part ce transfert interne, la dotation de cette sous-action à structure constante accuse une baisse importante, de l'ordre de 14,5 % par rapport aux crédits initialement demandés à ce titre en 2006.**

### 3.– Le plan national nutrition santé (PNNS)

Le plan a pour objet d'améliorer la santé de la population en promouvant la nutrition et l'activité physique. Un deuxième programme national nutrition santé (PNNS 2) est en effet mis en œuvre à partir de septembre 2006 selon les axes prioritaires suivants : la prévention et l'éducation à la santé ainsi que l'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments ; le repérage précoce et la prise en charge de l'obésité et de la dénutrition par les professionnels de santé ; la prise en compte spécifique des populations défavorisées, particulièrement touchées par l'obésité, et des personnes en situation de précarité ; la promotion renforcée des actions locales en faveur d'un meilleur comportement nutritionnel. **Cette action est dotée de 3 millions d'euros en 2007**, répartis entre :

– l'administration centrale, dotée de 800.000 euros, qui poursuit les actions déjà engagées et développe de nouveaux projets (plan pluri-régional Antilles Guyane, développement et appropriation d'une stratégie d'amélioration de la qualité nutritionnelle et gustative de l'alimentation dans les établissements scolaires, mise à jour des logiciels de suivi des enfants et de formation sur la dénutrition, soutien aux villes santé OMS et aux villes écomaires, développement d'études, etc.) ;

– et les services déconcentrés, qui bénéficieront de 2,23 millions d'euros pour le développement d'actions et de programmes dans le cadre du plan et sur la base des orientations fixées par les plans régionaux de santé publique (PRSP). Selon les régions, les projets s'orientent vers des publics spécifiques (femmes enceintes, enfants ou adolescents d'âge scolaire, seniors et personnes âgées, populations défavorisées, professionnels de santé ou secteur social) ou le grand public.

**Ces moyens semblent largement insuffisants à votre Rapporteur spécial eu égard à l'ambition affichée par le plan national : les problèmes liés à la nutrition revêtent une importance croissante en France, et particulièrement l'obésité, qui doit mobiliser des efforts soutenus et devenir une véritable priorité du point de vue de la santé publique. La baisse des crédits au titre du plan national nutrition santé peut en effet être évaluée à 12,7 % par rapport à 2006.**

### 4.– L'environnement et le travail

Le plan national santé-environnement (PNSE) a pour objectif de mieux connaître l'impact des milieux par un repérage des situations à risque et un dépistage actif des personnes exposées, et de mettre en œuvre des mesures permettant de réduire l'exposition des personnes à ces risques. La montée en puissance de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) et le renforcement de l'Institut de veille et sécurité sanitaire (InVS) en santé au travail devraient permettre des avancées importantes dans le domaine. Le plan comprend ainsi 45 actions, dont les axes prioritaires sont la

prévention d'une mortalité évitable ou des effets chroniques sur la santé, notamment des enfants, avec la réduction de 20 % d'ici à 2008 de la mortalité par intoxication au monoxyde de carbone, mais également l'amélioration de la prévention du saturnisme infantile, du dépistage et de la prise en charge des enfants intoxiqués.

Ainsi, l'objectif repris par le projet annuel de performances en la matière consiste à « *réduire l'exposition des populations à certains risques environnementaux* » : les deux indicateurs qui lui correspondent évaluent d'une part le rendement du dépistage du saturnisme chez les enfants mineurs, dont la surveillance est assurée par l'InVS, et d'autre part le nombre d'épisodes d'intoxication au monoxyde de carbone.

**En 2007, cette politique est dotée de 1,7 million d'euros**, soit une baisse de 15,7 % par rapport à 2006. Ces crédits sont destinés à financer le contrôle des lieux d'habitat sur les risques de saturnisme (360.000 euros), le travail conjoint des professionnels et des services déconcentrés en matière d'évaluation des risques liés au monoxyde de carbone (400.000 euros), la maintenance du matériel sonométrique pour le contrôle des atteintes auditives dans les discothèques (60.000 euros) ainsi que des actions de prévention dans ces trois domaines (900.000 euros).

**La conclusion qui s'impose à votre Rapporteur spécial eu égard au financement des déterminants de santé ne peut donc être qu'une impression de saupoudrage des crédits, lié à la multiplication des plans de santé publique, dotés de moyens insuffisants.**

### **III.- L'ACTION PATHOLOGIES À FORTE MORBIDITÉ / MORTALITÉ**

L'action *Pathologies à forte morbidité/mortalité* devrait bénéficier en 2007 de **220,5 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement**, soit une hausse respectivement de 9,8 % et 15,1 % par rapport à 2006. Cette augmentation résulte principalement de l'entrée dans la troisième phase du plan cancer, qui bénéficiera de 24 millions d'euros supplémentaires au total, dont 23 millions d'euros au titre du programme *Santé publique et prévention*. La lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) sort également renforcée en 2007.

Toutefois, cette priorité donnée à la lutte contre le cancer et le VIH, pour indispensable qu'elle soit, tend en réalité à produire un effet d'éviction sur la lutte contre les autres pathologies à forte mortalité : en effet, mises à part les augmentations de crédits dans le cadre de la lutte contre le cancer et les IST, la hausse globale des autres crédits se trouve réduite à 3,8 % par rapport à 2006. Or, ce ralentissement intervient alors même que la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales a opéré une recentralisation au 1<sup>er</sup> janvier 2006, d'un certain nombre d'actions de prévention sanitaire, jusque là exercées par les départements : au-delà des dépistages des cancers et de lutte contre les IST,

ce sont les activités de vaccination, de lutte contre la tuberculose et la lèpre qui ont en effet été abandonnées par la moitié des départements en 2006.

**FINANCEMENT DE L'ACTION PATHOLOGIES À FORTE MORBIDITÉ / MORTALITÉ**

(en millions d'euros)

Action	LFI 2006	PLF 2007	2005/2006 (%)
VIH / Sida et IST	42,0	44,69	6,4
-dont VIH / Sida	36,3	36,43	0,36
-dont IST	5,7	8,26	44,91
Hépatites	3,2	1,78	-44,38
Autres maladies infectieuses	n.c <sup>(1)</sup>	46,18	
Cancer	49,3	62,93	27,65
INCa	45,23	50,57	11,81
Maladies cardiovasculaires	n.c <sup>(1)</sup>	0,29	
Maladies rares	1,2	0,61	-49,17
Autres pathologies non infectieuses	n.c <sup>(1)</sup>	0,02	
Santé mentale dont suicide	5,8	5,6	-3,45
Santé bucco-dentaire	0,15	0,25	39,3
INPES	7,02	7,02	0
Dépenses de fonctionnement courant	0,61	0,61	0
<b>Total</b>	<b>191,63</b>	<b>220,54</b>	<b>15,09</b>

(1) Ces données non communiquées pour 2006 correspondent au financement des actions recentralisées pour un montant total de 36,3 millions d'euros et qui concernent précisément la lutte contre les autres maladies infectieuses (les vaccinations, la lutte contre la tuberculose, etc.).

Source : projet annuel de performances.

**A.- LA TROISIÈME PHASE DU PLAN CANCER**

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

Avec 150.000 décès en 2000, dont 61 % survenant chez l'homme, les cancers représentent la deuxième cause de mortalité en France derrière les affections cardio-vasculaires, soit environ 28 % des décès. Depuis 1989, les cancers sont en France la première cause de mortalité pour les hommes, qui meurent 1,6 fois plus du cancer que les femmes. En 2000, ils représentent chez l'homme 92.311 décès (32 % des décès masculins), et se placent avant les maladies cardio-vasculaires. Chez la femme, les cancers sont responsables de 57.734 décès (23 % des décès féminins) et constituent la seconde cause de mortalité après les maladies cardio-vasculaires. Les cancers continuent de représenter de loin la première cause de mortalité prématurée en France : 36 % chez l'homme, 44 % chez la femme.

Un plan de mobilisation nationale comportant 70 mesures a été présenté en 2003. L'effort global de l'État dans la lutte contre le cancer est ainsi passé de 5 millions d'euros en 2002 à 120,4 millions d'euros en 2007. Il faut néanmoins souligner que l'essentiel du financement relève de l'assurance maladie.

**Votre Rapporteur spécial regrette tout particulièrement qu'aucune information ne lui ait été transmise quant au montant de ce financement en 2006 et sous forme de prévisions pour 2007 : cette absence de renseignement ne lui permet d'estimer ni la montée en charge, ni l'ampleur du plan Cancer dans sa globalité.** Il avait déjà pu souligner, dans son rapport d'information n° 3249 sur la mise en œuvre du plan Cancer, le caractère ambigu de l'effort financier global consenti dans la lutte contre ce fléau.

**Pour ce qui concerne l'action *Pathologies à forte morbidité / mortalité*, les crédits attribués à la lutte contre le cancer doivent s'élever en 2007 à 50,6 millions d'euros de subvention à l'INCa et à 62,9 millions d'euros de dépenses d'intervention.** Les autres crédits de l'État sont ventilés sur d'autres programmes et concernent notamment le financement de l'InVS, les crédits de recherche et d'études, et les pôles de compétitivité.

#### 1.– L'Institut national du cancer

##### *a) Une montée en charge progressive de l'INCa*

L'Institut national du cancer (INCa) a été créé par la loi de santé publique du 9 août 2004 : il est à la fois une structure de pilotage stratégique et de coordination et un centre de ressources et d'expertise. Placé sous la tutelle des ministères chargés de la santé et de la recherche, l'INCa a pris la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) qui regroupe donc les pouvoirs publics, mais aussi les organismes de recherche, les caisses d'assurance maladie, les représentants des établissements et les associations de malades. Il a pour missions :

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

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

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

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

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

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

– la participation au développement d'actions européennes et internationales ;

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

Son budget pour 2006 traduit la montée en charge du niveau des subventions des ministères chargés de la santé et de la recherche à hauteur de 90,2 millions d'euros : **la subvention du ministère de la santé au titre du programme *Santé publique et prévention* s'élevant à 45,2 millions d'euros.** Mais L'INCa bénéficie également de la subvention de l'assurance maladie pour un montant de 3,6 millions d'euros. Le résultat de l'exercice 2005 de 9,4 millions d'euros porte ainsi le budget à 103,2 millions d'euros au total.

En 2006, l'INCa comptait 262 emplois au total, dont 73 salariés travaillant hors de la structure.

Les charges d'investissement d'un montant de 442.000 euros, correspondent à la poursuite de la mise en œuvre du schéma directeur des systèmes d'information et de la préparation de la construction du futur siège de l'Institut sur l'île Seguin. C'est en effet en mars 2009 que l'Institut procédera à son installation définitive dans les locaux de l'île Seguin à Boulogne-Billancourt : une convention de partenariat conclue entre l'Institut, la ville et la société d'économie mixte du Val-de-Seine encadre ce projet d'implantation sur un terrain cédé à l'INCa pour un euro symbolique.

Le tableau ci-après retrace le budget de l'INCa en 2006.

**BUDGET 2006 DE L'INCa**

(en euros)

Programme	Personnel	Fonctionnement courant	Investissement	TOTAL
Prise en charge spécifique, réseaux, coordination des soins, dispositif d'annonce	707.886	4.216.775	0	4.924.661
Agrément, labellisation et recommandations de pratiques cliniques	1.101.155	1.759.428	0	2.860.583
Évaluation, reporting	314.616	1.339.122	0	1.653.738
Innovations diagnostiques et thérapeutiques, tumorothèques	550.578	4.647.754	0	5.198.332
Vie des malades	324.249	127.900	0	452.149
Relations internationales (santé)	508.754	771.671	0	1.280.425
<b>Programme 1 : Organisation de l'offre de soins</b>	3.507.238	12.862.650	0	16.369.888
Organisation et développement des dépistages	286.486	7.396.079	0	7.682.565
Lutte contre les facteurs de risque spécifiques et représentations liées au cancer	686.696	9.603.423	0	10.290.119
Veille scientifique et expertise	534.919	813.589	0	1.348.508
Site internet e-cancer	217.311	426.564	0	643.875
Ligne téléphonique cancer info service	53.320	2.913.615	0	2.966.935
Activités éditoriales	125.828	54.800	0	180.628
Formation initiale et continue	343.914	1.557.415	0	1.901.329
<b>Programme 2 : Prévention, dépistage, formation, information</b>	2.248.474	22.765.485	0	25.013.959
Observatoire des cancers	1.362.602	1.286.410	0	2.649.012
Animation scientifique des cancéropôles	424.371	4.079.450	0	4.503.821
Recherche en biologie du cancer	1.044.686	19.272.540	300.000	20.617.226
Recherche clinique et biostatistique	1.157.595	10.186.600	0	11.344.195
Recherche en sciences humaines et économie du cancer	1.579.216	1.981.172	0	3.560.388
Développement de la valorisation et des transferts	246.001	710.253	0	956.254
Fonds d'investissement de création d'entreprises	175.715	5.838.038	0	6.013.753
Relations internationales (recherche)	173.969	1.267.889	0	1.441.858
<b>Programme 3 : Observatoire, recherche, valorisation</b>	6.164.155	44.622.352	300.000	51.086.507
Fonctions support	3.946.610	6.666.036	142.000	10.754.646
<b>TOTAL INCA</b>	15.866.477	86.916.523	442.000	<b>103.225.000</b>

Source : ministère de la santé et des solidarités

*b) Le financement de l'INCa en 2007*

Une convention relative à la mise en œuvre de la politique nationale de dépistage des cancers entre la direction générale de la santé et l'Institut a été signée le 12 juillet 2006. Cette convention a pour objet de préciser les modalités de la collaboration entre les services de la DGS et ceux de l'INCa dans l'exercice de leurs compétences respectives en matière de dépistage des cancers et de son financement pour les années 2006 et 2007.

Elle prévoit la généralisation à l'ensemble du territoire national, des dépistages des cancers du sein et du colon ainsi que l'augmentation de la

participation des personnes invitées à ces dépistages et précise que la qualité du dépistage doit être améliorée tout en permettant un accès équitable à celui-ci.

**En 2007, la subvention de l'État au titre du programme *Santé publique et prévention* s'élève à 50,6 millions d'euros, en augmentation de 11,8 % par rapport à 2006** : si l'on y ajoute la contribution de l'agence nationale de la recherche, à hauteur de 45 millions d'euros, la subvention totale de l'État atteint 95,6 millions d'euros pour 2007. La subvention du ministère chargé de la santé intègre les 336.000 euros nécessaires au financement des associations promouvant le dépistage organisé des cancers.

L'année 2007 verra également une stabilisation des effectifs à 262 équivalents temps plein travaillés, dont 259 emplois rémunérés par l'opérateur, comme en 2006.

Les problèmes de gouvernance rencontrés par l'INCa ont conduit à l'été 2006 à une remise à plat de celle-ci : une nouvelle feuille de route a ainsi été fixée, qui apporte les modifications et les ajustements nécessaires au fonctionnement de l'Institut. **Votre Rapporteur spécial se réjouit du travail de concertation qui est en cours afin de favoriser une gouvernance rénovée, qu'il avait préconisée dans son rapport d'information n° 3249 sur la mise en œuvre du plan Cancer.**

## 2.- Les cancéropôles au centre du volet *Recherche* du plan cancer

La création des cancéropôles est l'une des mesures phares proposées en janvier 2003 par la commission d'orientation du cancer mise en place dans le cadre du plan Cancer. En termes de statut juridique, la majorité des cancéropôles envisage de se constituer sous la forme d'un GIP associant les principaux partenaires du cancéropôle à savoir les universités, les établissements de recherche, les structures hospitalières, les collectivités territoriales et les partenaires privés.

### *a) Un début de financement laborieux*

En 2003, à l'issue d'un appel d'offres conjoint des ministères de la recherche et de la santé, intitulé « Émergence et Structuration des cancéropôles », et destiné à regrouper dans des grands ensembles de taille européenne les différents acteurs participant à la lutte contre le cancer, sept ensembles régionaux ont été identifiés : Grand-Est (GE), Grand-Ouest (GO), Grand Sud-Ouest (GSO), Île de France (IdF), qui représente plus de 40 % du potentiel national de recherche du domaine, Nord-Ouest (NO), Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), et Lyon Rhône-Alpes Auvergne (LARA).

Un financement global de 15,5 millions d'euros sur 3 ans a été accordé, dont 10 millions d'euros par le ministère de la recherche par la voie du fonds



national pour la science (FNS) et 5,5 millions d'euros par le ministère de la santé par l'intermédiaire de la DGS. Il avait pour but de structurer ces ensembles et de les doter des plates-formes technologiques nécessaires pour réaliser des projets de recherche innovants d'envergure nécessitant des analyses à grande échelle (transcriptome, protéome, imagerie, tumorothèques...) à partir de tumeurs humaines. La volonté de créer un continuum depuis le malade jusqu'à la recherche fondamentale devait être clairement affichée.

En février 2004, un deuxième appel d'offres, intitulé « Cancéropôles en émergence » a été lancé par les ministères de la recherche et de la santé à hauteur de 17,8 millions d'euros sur 3 ans, dont 7,7 millions d'euros sur crédits INCa et environ 10 millions d'euros par la voie du FNS. Il avait pour but de faire émerger dans chacun des cancéropôles des projets de recherche fédérateurs regroupant des laboratoires de recherche cognitive, des services cliniques et des acteurs du secteur privé : le financement accordé à chacun des 32 projets retenus a été très variable suivant la thématique et le nombre d'équipes impliquées.

*b) Un financement progressivement pris en charge par l'INCa*

En 2005, l'INCa est créé dans sa forme définitive et a lancé une série d'appels d'offres via les cancéropôles :

– l'appel d'offres « Projets libres », d'un coût de 7,1 millions d'euros sur deux ans finances 44 projets coopératifs originaux en cancérologie ;

– à destination directe des cancéropôles : un programme « Post-doctorants » finance 22 allocations de recherche pour 0,9 million d'euros sur 2 ans, un appel d'offres soutient l'effort de structuration scientifique, et deux programmes particuliers concernent le cancer du poumon et le cancer du rein pour un coût de 3 millions d'euros sur 3 ans ;

– en recherche clinique, 17 projets sont financés à hauteur de 3 millions d'euros sur 2 ans dans le domaine de la recherche thérapeutique ;

– dans le domaine de la valorisation et de l'innovation, l'INCa a aussi financé, à hauteur de 1,5 million d'euros sur 2 ans, 10 projets de recherche sélectionnés dans le cadre de l'appel d'offres «Émergence et maturation de projets de biotechnologie » piloté par l'ANR.

La répartition par cancéropôle de l'ensemble de ces financements en 2005 figure dans le tableau ci-après.

**FINANCEMENT DES CANCÉROPÔLES PAR L'INCa SUR 2 ANS**

(en milliers d'euros)

<b>Appels d'offres 2005</b>	<b>IdF</b>	<b>GSO</b>	<b>NO</b>	<b>LARA</b>	<b>GO</b>	<b>GE</b>	<b>PACA</b>
Post-doc	336	84	42	42	126	84	168
Projets libres	3.140	640	215	215	1.100	580	830
Réseaux structurants	600	500	500	500	500	500	600
Recherche clinique (hors PHRC)	1.350	250	100	550	550	0	650
Valorisation	1.051	180	0	150	150	180	0
Sciences humaines	80	175	0	0	0	90	105
<b>TOTAL</b>	<b>6.557</b>	<b>1.829</b>	<b>857</b>	<b>2.426</b>	<b>2.426</b>	<b>1.434</b>	<b>2.353</b>

Source : ministère de la santé et des solidarités

Par ailleurs, une subvention spécifique reductible est attribuée par l'INCa à chaque cancéropôle pour un montant global de 2,55 millions d'euros afin de consolider les nouvelles structures, de contribuer à l'animation scientifique, de permettre l'émergence de nouveaux projets aux interfaces entre recherche fondamentale et recherche clinique et de conforter la mise en place de centres de ressources biologiques. En 2005 également, l'INCa a noué des partenariats nationaux et internationaux sous forme de programmes de recherche et de bourses d'échanges, qui vont d'un programme commun avec l'INSERM pour la venue de jeunes chercheurs de haut niveau à des projets collaboratifs entre laboratoires avec des partenaires européens.

En 2006, de nouveaux appels d'offres ont été lancés :

- en biologie, dans le cadre « Projets libres », mais aussi un appel d'offres en commun avec l'ARC pour 6 millions d'euros sur 3 ans, dont 3 millions seront financés par l'INCa, sur trois thématiques – cellules souches et cancer, microenvironnement tumoral, douleur et cancer – ;

- trois nouvelles offres de partenariats sont prévues avec des centres de recherche étrangers, et des programmes doctorants et post-doctorants sont en cours d'évaluation ;

- en valorisation, un nouvel appel d'offres « Cancer : détection d'innovations » doté de 2,5 millions d'euros sur 2 ans a été lancé, et devrait permettre de financer une douzaine de projets « Cancer » portés par des entreprises de biotechnologies et des laboratoires académiques. En sciences humaines et économie du cancer, 8 appels d'offres ont été ou seront lancés en 2006, pour un montant total de 1 million d'euros sur 2 ans. Enfin, un appel à projets devrait être lancé avant la fin 2006 sur l'étude des prédispositions génétiques aux cancers, dont le financement global sur 3 ans devrait être de 9 millions d'euros.

Les cancéropôles déploient donc au niveau de leur territoire une stratégie de recherche propre, en cohérence néanmoins avec les orientations nationales définies par l'INCa, qui assure en outre une fonction de coordination et d'évaluation. C'est pourquoi une charte encadrant les relations entre l'INCa et les cancéropôles est en cours d'achèvement.

En dehors de crédits directement accordés par l'INCa sur son budget propre, les cancéropôles reçoivent des financements hospitaliers issus d'appels d'offres qui sont gérés par l'INCa depuis sa création, comme le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) « cancer », financé par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Un tableau récapitulatif du nombre de projets retenus et de leur financement dans le cadre de cet appel d'offres par cancéropôle en 2005 et 2006 est donné ci-dessous.

**PROGRAMME HOSPITALIER DE RECHERCHE CLINIQUE 2005 ET 2006**

Cancéropôle	PHRC 2005		PHRC 2006	
	Nombre de projets	Coût sur 3 ans	Nombre de projets	Coût sur 3 ans
Île de France	29	6.243.000	25	6.190.000
Grand Sud Ouest	9	1.980.000	12	3.240.000
Grand Ouest	6	1.550.000	9	1.980.000
Nord Ouest	2	430.000	6	1.125.000
Lyon Rhône-Alpes Auvergne	7	1.900.000	6	1.200.000
Provence Alpes Côte d'Azur	8	2.497.000	5	1.335.000
Grand Est	4	700.000	0	0

Source : ministère de la santé et des solidarités

La répartition des crédits globaux accordés aux cancéropôles dans le cadre du Plan Cancer depuis 2003, incluant les crédits d'État (appels d'offres 2003 et 2004 et appels d'offres INCa) et les financements hospitaliers au titre de la recherche et de l'innovation (PHRC, tumorothèques, etc.) est récapitulée dans le tableau suivant.

**FINANCEMENT DES CANCÉROPÔLES DEPUIS 2003**

(en milliers d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Île de France	4.821	7.997	10.823	17.225	9.068	3.816
Grand Ouest	947	2.518	3.956	5.100	3.076	1.864
Grand Sud Ouest	1.944	3.317	4.764	6.046	4.181	2.286
Nord Ouest	1.575	2.087	3.034	3.517	2.436	1.755
Grand Est	642	2.150	3.111	3.679	3.021	1.639
Lyon Rhône Alpes Auvergne	2.448	3.620	4.337	6.247	4.212	1.874
Provence Alpes Côte d'Azur	1.848	2.821	4.074	5.515	3.638	1.464
Martinique <sup>(1)</sup>	0	59	59	59	59	59
<b>Total</b>	<b>14.225</b>	<b>24.571</b>	<b>34.158</b>	<b>47.388</b>	<b>29.691</b>	<b>14.756</b>

N.B La valeur élevée du budget total alloué en 2006 s'explique par le délai de paiement des premières échéances des financements 2005 effectué sur l'année 2006.

(1) Dans l'attente du rattachement de la Martinique à un cancéropôle métropolitain, le budget de ce département figure sur une ligne spécifique créée à cet effet.

Source : ministère de la santé et des solidarités

Ce sont donc 29,69 millions d'euros au total qui financeront les cancéropôles en 2007 : concernant la part de l'INCa dans ce financement, l'Institut renforcera en 2007 son action en matière d'imagerie, de radiothérapie et de molécules innovantes, par une augmentation des fonds consacrés aux appels d'offres du département « Amélioration de la qualité des soins et accès aux innovations ». Des accords-cadres ont été passés avec tous les grands opérateurs

de recherche (INSERM, CNRS), ce qui implique que l'Institut crée un fonds de valorisation doté d'une masse financière suffisante pour permettre de soutenir les pré-développements et les développements cliniques.

Toutefois, le développement de la recherche sur le cancer et la montée en charge des cancéropôles supposent un financement stable. **Votre Rapporteur spécial déplore à ce titre que l'INCa, qui a vocation à soutenir les activités des cancéropôles, ne soit pas assuré de cette stabilité financière** : en effet, 8 millions d'euros de crédits au titre de la subvention du ministère chargé de la recherche n'ont pas été versés en 2006.

### 3.– Les crédits d'intervention de l'État dans le cadre du plan Cancer en 2007

**En 2007, ce sont 62,9 millions d'euros de crédits d'intervention au titre de l'action *Pathologies à forte morbidité / mortalité* qui seront mobilisés par l'État, dans le cadre de la lutte contre le cancer, contre 49,3 millions d'euros en 2005, soit une hausse de 27,7 %.** Cette somme est répartie comme suit :

– 40 millions d'euros de crédits sont consacrés aux programmes de dépistage du cancer du sein (22 millions d'euros) et du cancer colorectal (18 millions d'euros), contre 24 millions d'euros en 2006. Cette hausse accompagne l'extension de la participation au dépistage organisé du cancer du sein afin de tenir compte de l'augmentation annuelle du taux de participation des femmes, qui implique des coûts de personnel et d'investissement supplémentaires. Elle correspond également à une extension du dépistage du cancer colorectal à la moitié des départements, soit 5 millions d'euros pour les 23 sites pilotes, 5 millions d'euros pour les 8 nouveaux sites sur 11 départements retenus, et 8 millions d'euros complémentaires pour les 11 départements qui seront retenus en 2007 ;

– 7,7 millions d'euros sont destinés aux services déconcentrés pour conduire, dans le cadre des groupements régionaux de santé publique (GRSP), des actions de prévention, d'information, et de soutien à des associations intervenant dans le champ de la lutte contre le cancer ou de ses déterminants ;

– 9,4 millions d'euros financent des actions d'expérimentation dans le domaine du maintien à domicile, de la lutte contre la douleur et des soins palliatifs des personnes atteintes de cancer (dont 1 million d'euros pour ces deux dernières actions) ;

– 3,4 millions d'euros sont dédiés aux actions de lutte contre l'alcool et le tabac et servent à financer les principales associations de lutte contre le tabac et à soutenir les travaux de la France auprès de l'OMS. Dans le cadre du plan Addictions, ces crédits sont mobilisés pour la diffusion dans 10 nouvelles régions du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) pour l'alcool, la

mobilisation des professionnels de santé sur le risque alcool et pour une meilleure connaissance de celui-ci ;

– *1,5 million d'euros est réservé aux études et aux expérimentations relatives aux liens entre cancer et nutrition*, ainsi qu'à l'encouragement des actions menées par les collectivités locales pour la prévention des cancers, et notamment des actions en faveur de la consommation de fruits et légumes, de la pratique d'une activité physique, et du dépistage du surpoids et de l'obésité ;

– et enfin, *1 million d'euros couvre la problématique des cancers professionnels*, en s'intéressant aux expositions passées à l'amiante et aux poussières de bois.

#### 4.– L'évaluation de la politique de lutte contre le cancer

Le projet annuel de performances pose comme objectif « d'améliorer le dépistage des cancers ». Votre Rapporteur spécial estime que cet élargissement de l'objectif par rapport à 2006, où il demeurait centré sur le dépistage du cancer du sein, est bienvenu. En effet, l'importance du dépistage des cancers colorectaux justifie pleinement cette extension. Quatre indicateurs, - au lieu de cinq précédemment, ce que l'on pouvait estimer excessif -, lui sont associés :

– le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein dans la population cible. Ce pourcentage est de 50 % en 2005 et devrait atteindre 60 % en 2007 et 65 % en 2008 ;

– le coût unitaire du dépistage organisé du cancer du sein : s'établissant à 17 euros en 2005, ce coût doit simplement rester inférieur à 40 euros, dans la perspective d'une augmentation progressive du nombre de femmes concernées ;

– le taux de reconnaissance des campagnes de l'INCa, qui doit s'établir à 90 % à partir de 2006 ;

– et enfin, le pourcentage de cancers du sein incidents dépistés par le programme de dépistage organisé : il s'établit à 25,3 % en 2004 et doit être égal à 45 % en 2007 et supérieur à 50 % en 2008.

Les deux derniers indicateurs sont nouveaux et remplacent les deux précédents indicateurs, dont votre Rapporteur spécial avait en effet souligné le manque de précision :

– l'un qui portait sur la ventilation, en pourcentage, des dépenses du plan cancer par nature par rapport aux objectifs initiaux du plan. Cet indicateur était davantage un indicateur de moyens et de suivi d'une planification initiale que de performance de l'action publique. Il a donc été légitimement abandonné pour 2007 ;

– l'autre portait sur la fonction de coordination de l'INCa. Or, après avoir recueilli l'avis de l'opérateur, il est apparu prématuré de vouloir construire dès 2007 cet indicateur, alors que l'INCa poursuit sa montée en puissance.

L'indicateur non remplacé fixait le ratio entre le nombre de mammographies de dépistage organisé par rapport au nombre de mammographies de dépistage individuel et de dépistage organisé pour la classe d'âge 50-74 ans : la distinction entre les deux n'était pas possible à établir clairement par l'assurance maladie.

## B.– LA LUTTE CONTRE LE VIH / SIDA ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

### 1.– Le Sida et les IST

En l'absence de vaccin et de traitements éradiquant l'infection, la politique de lutte contre le VIH / Sida vise à réduire la transmission de l'infection en France et à optimiser la prise en charge des personnes atteintes (environ 130.000 à 150.000 personnes séropositives). Elle s'appuie sur un dispositif préventif articulant une large accessibilité aux moyens de dépistage et aux préservatifs et une action continue d'information, de communication et d'éducation à la santé en direction de la population générale qui intègre désormais la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Des actions spécifiques sont menées en direction de six régions de métropole et les départements français d'Amérique (DFA) et auprès des groupes prioritaires (homosexuels masculins, migrants, population des DFA, personnes séropositives). Le dépistage garde une place majeure pour améliorer le résultat des traitements grâce à un diagnostic et un suivi précoces et dans sa contribution à la gestion de la prévention par les individus. Ces orientations stratégiques sont définies dans un programme national de lutte contre le VIH / Sida et les IST pour la période 2005-2008, qui comporte les quatre axes suivants :

- lutter contre les discriminations à l'encontre des personnes séropositives, dans leur vie quotidienne comme en matière d'accès à l'assurance et à l'emprunt ;
- encourager les comportements de prévention, par la multiplication des campagnes de communication et en facilitant le recours au préservatif ;
- faciliter et accroître le recours au dépistage ;
- et soutenir et encourager la recherche sur les microbicides.

Ces axes sont complétés par les objectifs fixés dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, qui se propose de réduire de 20 % l'incidence des cas de sida en 5 ans, ainsi que d'offrir un dépistage systématique pour certaines IST tout en en réduisant la prévalence.

Le tableau ci-dessous rend compte de l'évolution des crédits relatifs à la lutte contre le VIH (hors réduction des risques et IST).

**LE FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE VIH / SIDA**

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007 (p)
<b>Réseaux associatifs nationaux (dont AIDES pour 56 %)</b>	<b>3,41</b>	<b>3,39</b>	<b>3,69</b>
<b>Actions en direction des personnes atteintes</b>	<b>17,16</b>	<b>17,16</b>	<b>18,67</b>
– National	0,16	0,16	0,16
– Déconcentré	17	17	18,5
<b>Actions en direction de la population générale et des publics prioritaires</b>	<b>14,95</b>	<b>14,6</b>	<b>12,91</b>
– <i>Population générale</i>	7,95	7,55	5,96
National	0,8	0,8	0,33
Déconcentré	7,15	6,75	5,63
– <i>Publics prioritaires</i>	7	7,05	6,95
National	1,2	1,2	1,3
Déconcentré	5,8	5,85	5,65
<b>Outils structurels</b>	<b>0,84</b>	<b>0,82</b>	<b>0,94</b>
– National	0,09	0,07	0,17
– Déconcentré	0,75	0,75	0,77
<b>TOM</b>	<b>0,18</b>	<b>0,18</b>	<b>0,18</b>
<b>Crédits ventilés sur d'autres thématiques</b>	<b>0,14</b>	<b>0,18</b>	<b>0,03</b>
<b>Total VIH / Sida</b>	<b>36,68</b>	<b>36,33</b>	<b>36,43</b>

Source : ministère de la santé et des solidarités

**La reconduction des moyens prévue pour 2007, à hauteur de 36,4 millions d'euros**, est conforme aux orientations du programme national de lutte contre le VIH / SIDA et les IST 2005-2008, qui prévoient le maintien des crédits d'intervention sur la période. Les crédits nationaux s'élèvent à 5,9 millions d'euros, les crédits déconcentrés à 30,6 millions d'euros : en effet, sur l'ensemble du territoire, ce sont environ 1.050 organismes qui sont financés pour la réalisation de plus de 1.300 actions.

**Concernant les IST, les crédits de 8,3 millions d'euros** servent, dans le cadre de la loi relative aux responsabilités et aux libertés locales du 13 août 2004 à couvrir les dépenses découlant de la recentralisation de certaines compétences de santé publique : en effet, en 2006, 52 conseils généraux ont abandonné la gestion des IST, et en 2007, 5 conseils généraux supplémentaires devraient le faire.

**Au total, la lutte contre le VIH / Sida et les IST devrait mobiliser en 2007 44,7 millions d'euros au titre de cette action, soit une hausse de 6,4 % par rapport à 2006.**

Néanmoins, l'INPES contribue également à cette lutte (23,3 millions d'euros en 2006), et l'assurance maladie, via le fonds national de prévention, d'éducation et d'information à la santé (FNPEIS) et le financement des appartements de coordination thérapeutique, y participe à hauteur de 22,4 millions d'euros. Enfin, l'Agence nationale de recherche sur le Sida (ANRS), groupement d'intérêt public sous tutelle du ministère de la recherche, a été dotée de 44 millions d'euros en 2006.

## 2.– La lutte contre les hépatites

Le nombre de porteurs chroniques des virus B et C est estimé à environ 500.000, et 500 nouveaux cas d'hépatite B sont détectés annuellement. Or, les complications (cirrhose, cancer) ou la mortalité (4.000 décès liés aux deux hépatites en 2001) peuvent être prévenues par une prise en charge précoce. Après le programme national Hépatites virales B et C 2002-2005, les nouvelles actions de lutte visent à améliorer les délais de prise en charge des malades, mettre en place un parcours coordonné de soins pour les malades de l'hépatite C, renforcer la prévention et la prise en charge de la population particulièrement exposée des usagers de drogues et inciter à la vaccination contre l'hépatite B des personnes particulièrement exposées au risque.

**En 2007, la lutte contre les hépatites devrait bénéficier de 1,8 million d'euros, en baisse de 44,4 % par rapport à 2006 :** ces crédits sont répartis à parts quasiment égales entre d'une part, l'administration centrale, qui met en place un parcours coordonné de soins de l'hépatite C, accompagne le renforcement du dépistage des hépatites B et C, propose son appui aux réseaux de prise en charge et d'écoute des malades et procède à des évaluations et des études, et d'autre part, les services déconcentrés, qui déclinent le programme hépatites en régions, via les DRASS qui coordonnent cette thématique avec les actions du plan Sida, les PRSP et les stratégies et principes du programme national hépatites virales.

## C.– LES AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

En dehors des crédits destinés aux maladies infectieuses, et dont la progression est liée à la recentralisation en la matière opérée par la loi relative aux libertés et aux responsabilités locales du 13 août 2004, la répartition des crédits destinés aux autres déterminants de santé (maladies rares, maladies cardiovasculaires, autres pathologies non infectieuses, etc.) s'apparente à un réel saupoudrage : **votre Rapporteur tient à rappeler que la multiplication des plans gouvernementaux ne constitue une politique que si chacun d'eux est doté de moyens à la hauteur des enjeux.**

### 1.– Les autres maladies infectieuses

La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique a conduit à l'élaboration d'un programme de lutte contre la tuberculose en France, qui comprend des actions de formation des professionnels, d'information du public, des subventions à des associations, l'organisation d'une conférence citoyenne, et l'élaboration d'un logiciel commun à tous les centres de lutte contre la tuberculose. Cette sous-action finance également la journée nationale de la vaccination, une information des médecins sur le vaccin pneumocoque dont les recommandations d'utilisation ont été élargies en 2006 et une formation des médecins inspecteurs de santé publique (MISP) des services déconcentrés sur les centres de vaccination. Elle développe le plan de lutte contre la résistance aux antibiotiques, et finance la recentralisation



des compétences relatives à la vaccination, la lutte contre la tuberculose, la lèpre, les IST pour les départements qui n'ont pas souhaité conserver ces compétences, ainsi que des actions visant à améliorer la prise en charge de la maladie de Creutzfeld-Jakob.

**En 2007, ce sont donc 46,2 millions d'euros qui seront consacrés à la lutte contre les autres maladies infectieuses, dont :**

– 28,5 millions d'euros dans le cadre de la lutte contre la tuberculose, avec plus de 99 % de crédits déconcentrés qui permettent le financement des structures habilitées suite à la recentralisation. En effet, en 2006 et 2007, ce seront 52 départements au total qui auront renoncé à leur compétence en la matière. Ce crédits sont destinés à la réalisation d'enquêtes autour des cas, au dépistage dans les collectivités à risque, à des consultations médicales individuelles, à la réalisation d'IntraDermoRéaction et de radiographies pulmonaires, à la délivrance gratuite de médicaments anti-tuberculeux, ainsi qu'au suivi et à la notification des cas de tuberculose. Des actions de formation et d'information sont également prévues, ainsi qu'une remise en état du parc d'appareils radiographiques ; les crédits centraux (120.000 euros) sont consacrés au financement d'études sur les déterminants de la tuberculose, à la sensibilisation des professionnels au diagnostic et des populations les plus exposées, et au financement du comité de suivi du programme national de lutte contre la tuberculose ;

– 17,7 millions d'euros sont réservés au financement des structures de vaccination, auparavant pris en charge par les départements (17,4 millions d'euros), au soutien d'actions locales lors de la journée nationale de la vaccination et à l'information des professionnels ;

– enfin, 15.000 euros de subvention sont versés à une association de prise en charge des malades de la maladie de Creutzfeld-Jakob.

## 2.– Les maladies cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause de mortalité en France, avec 180.000 décès par an, dont 25 % de personnes de moins de 75 ans. **Cette sous-action, dotée de 290.000 euros en 2007**, finance la prévention, le suivi épidémiologique, l'éducation thérapeutique, l'organisation des soins notamment en matière d'accidents vasculaires cérébraux, d'infarctus et de mort subite.

## 3.– Les maladies rares

On dénombre actuellement plus de 7.000 maladies rares identifiées, qui concernent plus de 3 millions de personnes, avec des conséquences plus ou moins invalidantes. Le plan national 2005-2008 relatif aux maladies rares vise à assurer l'équité et la qualité de la prise en charge des malades. Il a notamment pour

objectifs de diminuer l'errance diagnostique, d'améliorer l'information et la formation des professionnels de santé et le soutien aux associations de malades.

**En 2007, 608.319 euros** sont destinés à la mise en œuvre de ce plan, dont la moitié finance Orphanet, une base de données sur les maladies rares (300.000 euros), le reste allant au groupement d'intérêt scientifique (GIS) maladies rares (150.000 euros) et à des associations de malades (158.319 euros). **Ces crédits accusent une baisse de 49,2 % par rapport à 2006.**

#### 4.– Les autres pathologies non infectieuses

Cette sous-action vise à soutenir le dépistage de certaines déficiences sensorielles dont les troubles visuels et auditifs, et de certaines pathologies lourdes ne relevant pas des autres actions dont les maladies neuro-dégénératives en particulier. En 2007, seuls **19.092 euros** sont prévus à ce titre, qui sont destinés au soutien des associations et professionnels travaillant sur le thème de l'ostéoporose.

#### 5.– La santé mentale

Chaque année, en France, 160.000 personnes font une tentative de suicide et 11.000 en meurent : le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la route et la première cause de mortalité chez les 25-34 ans.

Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 s'attache à promouvoir la santé mentale, en repérant précocement les troubles mentaux, notamment chez les enfants et les adolescents, à améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes de ces troubles et enfin à favoriser la qualité des pratiques et la recherche en psychiatrie. Parce que ces actions se situent à la fois dans les champs sanitaire, médico-social et de prévention, les financements relèvent autant de l'ONDAM hospitalier que de l'ONDAM médico-social, des crédits de la CNSA et de ceux de l'État. **Sur l'ensemble de la période**, l'effort financier devrait s'établir à 288 millions d'euros dont 185 millions d'euros de crédits sanitaires, 86 millions d'euros de crédits médico-sociaux, et **17 millions d'euros de crédits de l'État.**

**Un budget de 5,6 millions d'euros est prévu en 2007**, en légère baisse (3,5 %) par rapport à 2006, en vue de soutenir des actions au titre de la santé mentale et de la prévention du suicide, au niveau national et déconcentré :

– au niveau national, les crédits à hauteur de 800.000 euros sont consacrés au soutien financier aux associations d'usagers et de familles (350.000 euros), à la formation (200.000 euros) et aux études en épidémiologie psychiatrique, avec une priorité retenue, celle de la prise en charge de la dépression des personnes âgées (250.000 euros) ;

– au niveau régional, 4,8 millions d'euros sont répartis entre l'aide à la personne et l'accès au droit (2,1 millions d'euros), l'éducation à la santé

(1,1 million d'euros) et la formation et l'information (1,1 million d'euros), en fonction des besoins recensés dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins.

L'année 2007 verra surtout le lancement d'une campagne d'information du grand public et des professionnels sur les troubles dépressifs, et la définition d'une nouvelle stratégie d'actions face au suicide suite à une évaluation externe menée en 2006 sur la stratégie 2000-2005. **Votre Rapporteur spécial s'inquiète d'une baisse des crédits consacrés à la santé mentale en plein développement du plan psychiatrie et santé mentale, alors que celui-ci s'achève en 2008.**

#### 6.– La santé bucco-dentaire

Un plan de prévention bucco-dentaire, présenté en novembre 2005, vise à améliorer la santé bucco-dentaire de la population par un renforcement de la prévention, en particulier chez les enfants, afin de réaliser l'objectif en la matière fixé par la loi de santé publique du 9 août 2004 : réduire de 30 % en 5 ans l'indice carieux des enfants de 6 et 12 ans.

Toutefois, ces mesures sont en grande partie financées par l'assurance maladie, puisque **l'État ne contribuera qu'à hauteur de 247.000 euros en 2007**, en augmentation toutefois de 39,3 % par rapport à 2006. Cette augmentation est liée au lancement d'une action spécifique sur la santé bucco-dentaire des détenus pour un coût de 60.000 euros.

### IV.– L'ACTION QUALITÉ DE LA VIE ET HANDICAPS

Cette action recouvre les pathologies jugées à moindre mortalité 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 : ainsi sont visées les pathologies de l'enfance et la périnatalité, les pathologies de l'âge adulte et les pathologies spécifiques du vieillissement

**Les crédits demandés au titre de l'action *Qualité de la vie et handicaps* s'élèvent à 6,6 millions d'euros d'autorisations d'engagement comme de crédits de paiement, soit une hausse respective de 5,7 % en termes d'autorisations d'engagement et de 9 % par rapport à 2006.**

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

Le plan Périnatalité a pour objectif général de moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance et d'atteindre en 2008 les objectifs fixés par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, à savoir :

- réduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union européenne, soit passer d'un taux actuel estimé autour de 10 pour 100.000 à un taux de 5 pour 100.000 ;

- réduire la mortalité périnatale de 15 %, soit à 5,5 ‰ au lieu de 6,5 ‰ ;

- réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme.

Le plan périnatalité 2005-2007 prévoit un financement sur trois ans à hauteur de 274 millions d'euros, dont l'impact porte essentiellement sur le budget de l'assurance maladie. Deux grands types d'actions sont développés d'une part pour agir sur la santé des mères et des enfants, d'autre part pour réduire le nombre de grossesses non désirées par une amélioration de l'accès à la contraception. En 2007, troisième année du plan périnatalité 2005-2007, la stratégie d'action doit viser à :

- améliorer la connaissance de l'état de santé de la femme enceinte et de l'enfant en mettant en place un système d'information périnatal performant, notamment par la création d'un certificat médical de mortalité et la préparation d'une enquête nationale périnatale prévue en 2009 ;

- prévenir les conduites et les expositions nocives chez les femmes enceintes par une meilleure information, à travers le carnet de maternité actualisé ;

- améliorer les pratiques professionnelles par la diffusion du référentiel de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé ;

- développer l'information sur la contraception, son accessibilité et améliorer l'accès des femmes aux interruptions volontaires de grossesse (IVG), à hauteur de 300.000 euros.

### **Ces actions bénéficieront au total de 1,8 million d'euros en 2007.**

L'administration centrale est dotée de 0,6 million d'euros pour le développement de ces actions. Les services déconcentrés bénéficient quant à eux de 1,3 million d'euros pour l'accompagnement et le développement d'actions visant à assurer le fonctionnement des commissions régionales de la naissance et l'entretien du quatrième mois, à engager des actions d'éducation à la santé et d'information auprès des femmes sur les risques liés aux pratiques addictives au cours de la grossesse ainsi que sur la contraception et l'IVG, et à réaliser des études sur l'adéquation des structures accueillant les femmes enceintes pour le suivi des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS).

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

**En 2007, 485.708 euros seront mobilisés** autour du plan « troubles du langage oral et écrit » : le principal objectif consistera à analyser la mise en œuvre

au niveau régional des mesures « santé » du plan interministériel santé / éducation nationale relatif aux troubles du langage écrit et oral de l'enfant et à sensibiliser les professionnels de santé au repérage de ces troubles (150.000 euros). Par ailleurs, un bilan du développement de la mise en œuvre du nouveau carnet de santé de l'enfant et de l'expérimentation de la dématérialisation des certificats de santé dans certains départements sera effectué.

### 3.- Les maladies chroniques

La mise en œuvre du plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques a débuté en 2006. Il concerne notamment le diabète et les maladies endocriniennes, les maladies rénales et les maladies du sang (hors cancer), les affections musculo-squelettiques d'une part, financés à hauteur de 277.347 euros, et d'autre part les autres maladies chroniques et les maladies aéro-respiratoires à hauteur de 600.000 euros en 2007.

### 4.- La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées

On compte actuellement plus de 860.000 malades et ce nombre ne va cesser de croître avec le vieillissement de la population. Un plan d'actions spécifiques 2004-2007 a donc été lancé, qui vise à respecter la dignité des malades et à améliorer la qualité de vie du patient et de son entourage en renforçant l'offre de soins sanitaire, médico-sociale et à domicile, en développant la formation des professionnels et en apportant un soutien aux aidants. Dans ce cadre, la maladie d'Alzheimer a été individualisée et inscrite dans la liste des affections de longue durée, dite ALD 30.

En 2006, les crédits inscrits au budget de l'État, d'un montant total de 454.700 euros, se sont répartis sur les thématiques suivantes :

– *le développement la prise en charge médicale*, à hauteur de 150.000 euros : elle passe notamment par la mise en place d'une évaluation cognitive à partir de l'âge de 70 ans qui sera intégrée aux consultations de prévention prévues dans la loi de santé publique du 9 août 2004, mais aussi par une meilleure formation des professionnels de santé. En partenariat avec le centre d'analyse stratégique, l'INSERM a été également chargé de réaliser pour fin 2006 une expertise collective sur les stratégies de prises en charge de la maladie et le CHU de Toulouse a piloté la validation des plans de soins et d'aide dans la maladie d'Alzheimer et la réalisation d'un observatoire de la recherche ;

– *le renforcement de l'accompagnement des familles*, pour un montant de 75.000 euros en 2006 : ainsi, l'association France Alzheimer a été chargée de réaliser une étude de faisabilité pour la mise en place d'un numéro vert Alzheimer, un « Guide patient », un carnet de mémoire pour les malades et leur entourage, et d'organiser la 16<sup>ème</sup> conférence Alzheimer Europe en juin 2006.

– *le développement de la recherche*, qui a bénéficié de 229.700 euros en 2006 : le ministère de la santé participe en effet à des projets de l'INSERM portant sur l'impact du dépistage et du diagnostic précoce, sur la validation des stratégies non médicamenteuses et au soutien d'études sur la prévention de la maladie.

**Pour 2007, les crédits demandés au titre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer sont destinés à poursuivre l'effort sur ces thématiques et s'élèvent à 520.880 euros.** Une dotation de 291.241 euros est par ailleurs demandée au titre du plan « bien vieillir » orienté vers des actions d'éducation à la santé pour les seniors notamment par la participation à l'appel de projets communs en lien avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Au total, ce sont donc 812.121 euros qui sont demandés au titre des maladies liées au vieillissement.

Par ailleurs, dans le cadre du plan « Solidarité - grand âge » lancé en mai 2006, a été lancé un « plan national de recherche sur le cerveau et les maladies du système nerveux » en dotant l'Agence nationale pour la recherche (ANR) de 20 millions d'euros pour ce programme.

**Néanmoins, les moyens consacrés à la maladie d'Alzheimer et aux maladies apparentées proviennent surtout de l'assurance maladie** et viennent financer deux types de structures :

– *les structures sanitaires* : au cours de l'année 2005, 25 centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR) ont été créés, qui ont bénéficié de 831.000 euros de crédits alloués par les ARH. Par ailleurs, le développement des consultations mémoire, avec 316 consultations mémoire recensées en 2005 a permis d'atteindre à 98 % l'objectif national d'« une consultation mémoire pour 15.000 personnes âgées de 75 ans et plus » ; néanmoins, parce que le taux de couverture varie sensiblement d'une région à l'autre, l'atteinte de l'objectif dans les régions les moins dotées nécessite la création de 51 consultations mémoire supplémentaires réparties dans 10 régions. Les crédits attribués en 2006 à ce titre aux régions se sont élevés à 9,2 millions d'euros ;

– *les structures médico-sociales* : au cours de l'année 2005, 5.435 places supplémentaires de service de soins à domicile (SSIAD) ont été créées pour un coût de 27,6 millions d'euros ; 1.559 places d'accueil de jour et 666 places d'hébergement temporaire ont été ouvertes pour un coût de 13,2 millions d'euros, ainsi que 5.794 places médicalisées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour un montant de 39 millions d'euros. Cet effort s'est poursuivi en 2006 avec l'ouverture de 4.250 places de SSIAD pour un coût global de 20 millions d'euros, 2.125 places d'accueil de jour et 1.125 places d'hébergement temporaire pour un montant de 18,1 millions d'euros et 5.000 places médicalisées en EHPAD à hauteur de 33,5 millions d'euros.

**C'est donc bien toujours l'assurance maladie qui sera sollicitée au premier chef pour le financement d'un plan décidé par le Gouvernement.** En effet, pour 2007, il est demandé un financement assurance maladie de 3 millions d'euros d'extension en année pleine 2006, et 11,2 millions d'euros de mesures nouvelles pour la création et la mise à niveau des consultations mémoire et la création de deux nouveaux CMRR. Concernant les structures médico-sociales, 2007 coïncide avec la première tranche annuelle du plan « Solidarité grand âge » qui conduira à la création de 5.000 places nouvelles en EHPAD, 6.000 places de SSIAD, 2.125 places d'accueil de jour et 1.125 places d'hébergement temporaire, ainsi que la médicalisation de 1.400 maisons de retraite supplémentaires. Ces actions seront entièrement financées par l'assurance maladie et par l'apport de la CNSA.

#### 5.- Les douleurs et les soins palliatifs

Les crédits sont destinés à la mise en œuvre des actions du plan Douleur 2006-2010 et du plan Soins palliatifs orienté vers la prise en charge des douleurs chroniques et de fin de vie. **En 2007, 252.966 euros sont demandés à ce titre, et 1 million d'euros du plan Cancer** viendra accroître les moyens disponibles. Les principales missions sont :

- une formation adaptée des professionnels de santé des EHPAD et des structures médico-sociales ;

- le soutien aux associations œuvrant dans ce domaine ;

- la participation à des actions de recherche sur la prise en charge de la douleur par des stratégies non médicamenteuses et une évaluation de l'application de la loi fin de vie.





### **CHAPITRE III : LE PROGRAMME OFFRE DE SOINS ET QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS**

Ce programme a pour finalité de mettre le dispositif de soins en mesure de répondre aux besoins de santé de la population, en assurant d'une part une offre de soins de qualité, et d'autre part, une offre de soins suffisante et répartie de manière à être accessible aux usagers, dans le cadre du respect des objectifs de dépense déterminés par le législateur.

Toutefois, la plus grande partie des actions menées au titre du programme est financée sur le budget de l'assurance maladie, le budget de l'État n'intervenant que pour moins de 1 % du total des dépenses effectuées au titre de l'offre de soins.

**Les crédits demandés au titre de ce programme s'élèvent en 2007 à 100,6 millions d'euros d'autorisations d'engagement, soit une baisse de 0,4 % par rapport à 2006, et à 104,2 millions d'euros de crédits de paiement, soit une hausse de 1,6 % par rapport à 2006.**

Cette légère hausse s'explique par une augmentation de 3,2 millions d'euros au titre des frais de justice qui font désormais l'objet de crédits limitatifs sous le régime de la loi organique relative aux lois de finances du 1<sup>er</sup> août 2001. Les ARH voient leur dotation augmenter de 3 millions d'euros et l'ATIH bénéficiera d'une augmentation de ses effectifs.

Cette progression est compensée par la baisse conséquente de la subvention de l'État à la Haute autorité de santé pour 2007, du fait de l'importance de son fonds de roulement. Cette baisse n'est donc que ponctuelle : la subvention pour 2008 devra être relevée.

Au sein du programme *Gestion des politiques sanitaires et sociales* de la mission *Solidarité et intégration*, la sous-action *Gestion du programme offre de soins et qualité du système de soins* est dotée de 112 millions d'euros et de 1.994 équivalents temps plein travaillé.

**RÉPARTITION DES CRÉDITS DU PROGRAMME  
OFFRE DE SOINS ET QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS**

*(en millions d'euros)*

	<b>LFI 2006</b>	<b>PLF 2007</b>	<b>2006 / 2007 (%)</b>
<b>Niveau et qualité de l'offre de soins</b>	<b>70,06</b>	<b>66,48</b>	<b>- 5,11</b>
Organisation des concours	2,55	2,02	- 20,78
Études, projets, prestations	1,45	1,35	-6,90
Formation médicale des internes	51,00	56,64	11,06
Année-recherche	5,46	5,46	0
Haute autorité de santé	9,65	1,00	- 89,64
<b>Accessibilité de l'offre de soins</b>	<b>1,49</b>	<b>1,35</b>	<b>- 9,40</b>
Télémédecine	1,07	1,30	21,50
Réseaux de santé	0,15	0,05	- 66,67
<b>Modernisation du système de soins</b>	<b>30,95</b>	<b>36,34</b>	<b>17,42</b>
ARH	19,63	22,06	12,38
ATIH	1,56	1,83	17,31
GIP-CPS	0,77	0,77	0
CNG	-	2,29	100
Frais de justice	0,88	4	354,55
Transferts aux collectivités d'outre-mer	8,22	5,40	- 34,31
<b>TOTAL</b>	<b>102,50</b>	<b>104,17</b>	<b>1,63</b>

Source : ministère de la santé et des solidarités

**I.- L'ACTION NIVEAU ET QUALITÉ DE L'OFFRE DE SOINS**

Cette action est destinée à assurer le bon niveau de formation des professionnels de santé, à optimiser l'organisation des soins, garantir l'efficacité des mécanismes d'accréditation et d'évaluation, à s'adapter à l'évolution scientifique et technique et à assurer la sécurité des patients.

**Sa dotation devrait s'élever à 66,5 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement, soit une baisse de 5,1 % par rapport à 2006.**

La baisse s'explique intégralement par une réduction de la subvention versée à la Haute autorité de santé de l'ordre de 89,6 %.

**A.- LES DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT**

Les crédits de fonctionnement de cette action devraient s'élever à 3,37 millions d'euros en autorisations d'engagement comme en crédits de paiement : ils se décomposent en moyens consacrés à l'organisation de certains concours nationaux de la fonction publique hospitalière (épreuves classantes nationales, internats d'odontologie et de pharmacie) et à la réalisation d'études et de projets ou à l'achat de prestations réalisées par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

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

Les crédits dédiés à la réalisation des concours s'élèveront à 2 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement en 2007, en baisse de 20,9 % par rapport à 2006. Ils recouvrent les dépenses occasionnées par :

– l'organisation des épreuves (location de salles, signalétique et étiquetage des tables, gestion de la convocation des candidats), la surveillance de celles-ci et la mise à disposition du jury d'un secrétariat ;

– les frais d'imprimerie ;

– et le transport et le stockage sécurisés des copies.

Les dépenses prévues sont retracées dans le tableau suivant.

#### FINANCEMENT DES CONCOURS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

(en millions d'euros)

Objet	Coût
Organisation des épreuves	1,46
Imprimerie	0,38
Transport et stockage des copies	0,18
<b>Total</b>	<b>2,02</b>

Source : projet annuel de performances

### 2.– Les études et projets, l'achat de prestations

Les crédits de fonctionnement réservés à la réalisation d'études et de projets ou à l'achat de prestations s'élèvent à 1,35 million d'euros en 2007 en autorisations d'engagement et en crédits de paiement, en baisse de 6,6 % par rapport à 2006. Ils permettent le recours à des intervenants extérieurs, qu'ils soient consultants pour la conduite de projets (600.850 euros) ou experts pour la définition et la mise en œuvre de projets à hauteur de 539.400 euros (développement du système d'information partagé entre ARH, hôpitaux et DHOS, système d'information des urgences, etc.). Une partie des crédits est également destinée à la passation de conventions, – avec l'Agence française de normalisation (AFNOR) par exemple – ou l'achat de prestations diverses comme la publication au Bulletin officiel des annonces de marchés publics (213.894 euros).

#### B.– LA FORMATION INITIALE MÉDICALE ET L'ANNÉE RECHERCHE

**Les crédits demandés, qui s'élèvent à 63,1 millions d'euros pour 2007,** sont alloués à la formation médicale des internes et financent :

– les stages extra-hospitaliers des internes en médecine et en pharmacie. Les dépenses correspondantes font l'objet d'un remboursement au centre hospitalier universitaire imputé sur les crédits de la mission Santé ;

– *les stages des internes en médecine générale chez les médecins généralistes agréés.* Ces stages de six mois à temps plein sont destinés aux étudiants de troisième cycle de médecine générale dans le cadre de l’allongement récent de l’internat à six semestres. Les maîtres de stage perçoivent également des indemnités ou honoraires pédagogiques ;

– *les stages de deuxième cycle en médecine générale.* En effet, conformément aux orientations du plan de démographie médicale du 25 janvier 2006, une possibilité sera offerte aux étudiants de deuxième cycle des études médicales d’effectuer un stage, chez un médecin généraliste agréé, d’une durée de deux mois maximum ;

– le dispositif particulier de *l’année-recherche.*

L’objectif est de répondre aux besoins de formation des étudiants en médecine : l’indicateur qui lui correspond mesure le taux de satisfaction à un an, puis à dix ans après la fin des études, eu égard à ces divers stages extrahospitaliers de troisième cycle. Le taux de satisfaction ciblé est de 85 % pour 2010. **L’introduction de stages au niveau du deuxième cycle à partir de 2007 devrait néanmoins conduire à inclure ceux-ci dans l’indicateur de satisfaction pour les années à venir.**

#### 1.– La formation initiale par les stages

Après avoir connu une relative stabilité de 1999 à 2001, les crédits destinés à la formation médicale initiale par les dispositifs de stages ont observé une progression depuis 2003, s’élevant à 48 millions d’euros. Cette augmentation s’est poursuivie en 2005, à plus de 11 %, pour atteindre 51 millions d’euros, chiffre qui s’est maintenu en 2006. Pour 2002, le Gouvernement avait en effet décidé la débudgétisation de la rémunération des stages pratiques auprès des praticiens généralistes, 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 alors être supportée par l’assurance-maladie, via la dotation globale hospitalière. Depuis 2003, les stages des résidents et les honoraires pédagogiques sont de nouveau à la charge de l’État, comme le montre le tableau suivant.

FINANCEMENT DES STAGES DES INTERNES EN MÉDECINE

(en millions d'euros)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>LFI dont :</b>	38,14	38,14	38,14	8,07	48,07	46,00	51,00	50,99
-stages extra-hospitaliers	6,67	6,67	6,67	8,07	8,07	n.c	n.c	n.c
-honoraires pédagogiques	6,08	6,08	6,08	<sup>(1)</sup>	40,00	n.c	n.c	n.c
-rémunération résidents	25,39	25,39	25,39	<sup>(1)</sup>		n.c	n.c	n.c
<b>Reports crédits LFI</b>	5,15	0,14	0,40	0,22	0	3,52	4,35	1,53
<b>LFR année antérieure</b>	0	9,44	4,57	0	12	15,80	0	0
Transferts et redéploiements	0	0,15	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL crédits disponibles</b>	<b>43,29</b>	<b>47,87</b>	<b>43,11</b>	<b>8,07</b>	<b>60,07</b>	<b>65,32</b>	<b>55,35</b>	<b>52,52</b>

(1) Transfert vers l'assurance maladie

Source : ministère de la santé et des solidarités

**Pour 2007, les crédits demandés progressent de 6 millions d'euros par rapport à 2006 pour atteindre 56,6 millions d'euros ;** cette augmentation traduit la satisfaction des besoins estimés pour financer la formation initiale des internes. Toutefois, la mise en place d'un dispositif de stages dès le deuxième cycle d'études en médecine générale instauré en janvier 2006, estimé à un coût de 5 millions d'euros en 2007, n'est pas financée.

Au 31 décembre 2005, la dette de l'État sur les formations médicales atteint 14,37 millions d'euros. La mise en place des stages de deuxième cycle contribue donc à aggraver les insuffisances constatées les années précédentes sur ce chapitre (12,95 millions d'euros au 1<sup>er</sup> janvier 2004) : **le montant de la dette cumulée de l'État sur l'ensemble de la formation médicale par les stages atteint 20 millions d'euros à la fin 2006.**

## 2.- Le financement de l'année-recherche

Le dispositif de « l'année-recherche » permet à des internes en médecine, pharmacie et odontologie d'acquérir, pendant un an, une formation à la recherche en préparant un diplôme d'études approfondies. Chaque année, un arrêté cosigné des ministres chargés de la santé, de l'enseignement supérieur et du budget détermine le pourcentage d'internes susceptible d'acquérir une telle formation.

Les étudiants disposent d'une grande latitude dans le choix de la date de réalisation de l'année-recherche au cours de leur internat. Cette liberté de choix fait fluctuer l'accomplissement de l'année-recherche selon les régions et les années, fluctuation qui explique, en conséquence, l'irrégularité dans la consommation des crédits et rend délicate une prévision budgétaire. Les crédits obtenus en 2006 indiquent une légère progression des crédits consacrés au dispositif, ainsi qu'il apparaît dans le tableau ci-dessous, soit 5,461 millions d'euros.

ÉVOLUTION DES DOTATIONS DE L'ANNÉE-RECHERCHE

(en millions d'euros)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
LFI	5,46	5,46	5,46	5,46	5,45	5,45	5,45	5,46
Reportis de crédits	0,52	0,32	0,06	0,15	1,72	0,49	0,12	0,16
LFR de l'année antérieure	1,12	1,129	-	-	-	2,9	0	0
Transferts internes	-	-	-	-	-	0,02	0	0
<b>Total des crédits disponibles</b>	<b>7,1</b>	<b>6,91</b>	<b>5,52</b>	<b>5,61</b>	<b>7,17</b>	<b>8,86</b>	<b>5,57</b>	<b>5,62</b>

Source : ministère de la santé et des solidarités

**En 2007, les crédits prévus pour l'année-recherche sont de 5,46 millions d'euros, se situant donc à un niveau équivalent à 2006. Cette stabilité de la dotation semble insuffisante pour réduire le niveau de la dette accumulée sur l'année-recherche, qui atteint 2,16 millions d'euros au 31 décembre 2005. La dette cumulée de l'État atteint ainsi 5 millions d'euros à la fin 2006.**

En comptant la formation médicale par les stages, la dette cumulée atteint donc au total 25 millions d'euros : celle-ci n'est susceptible d'être allégée que par le seul recours à la réserve de précaution ou par l'ouverture de crédits complémentaires en loi de finances rectificative. **Votre Rapporteur spécial estime donc que la dotation de 63,1 millions d'euros destinée à financer la formation médicale initiale est clairement insuffisante pour couvrir les besoins et le retard accumulé dans le financement.**

D.– LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

La Haute autorité de santé (HAS) est une autorité publique indépendante qui hérite des moyens et des compétences antérieurement dévolus à l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Elle est notamment chargée d'édicter et de mettre en œuvre des recommandations destinées à rendre plus efficaces et plus sûres les pratiques de professionnels de santé.

Comme le montre le tableau suivant, la HAS a bénéficié en 2006 d'une dotation de 9,6 millions d'euros. Son budget global, qui comprend la dotation de l'assurance maladie, diverses contributions et des ressources propres, a été de 61,6 millions d'euros.

**RECETTES DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ EN 2005 ET 2006**

(en euros)

	Exécution 2005	Prévisions initiales 2006	Prévisions d'exécution 2006
<b>SUBVENTION DE L'ÉTAT</b>	8.849.790	9.649.790	9.649.790
Dotations Assurance maladie	19.620.913	19.299.580	19.299.580
Taxes sur les dépenses de promotion de laboratoires pharmaceutiques	19.646.673	21.400.000	19.646.673
Contribution financière	9.294.600	9.782.700	9.782.700
Redevance des industries	4.252.700	2.807.000	2.807.000
Divers (produits financiers pour l'essentiel)	352.239	130.000	400.000
<b>Total des subventions</b>	<b>48.117.376</b>	<b>50.349.370</b>	<b>48.596.043</b>
Total des ressources fiscales	0	0	0
<b>Total des ressources propres</b>	<b>13.899.539</b>	<b>12.719.700</b>	<b>12.989.700</b>
<b>Total des recettes</b>	<b>62.016.915</b>	<b>63.069.070</b>	<b>61.585.743</b>

Source : ministère de la santé et des solidarités

Les moyens humains dont dispose la Haute autorité sont présentés dans le tableau suivant.

**PERSONNEL DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ 2005-2006**

Répartition des emplois de la HAS	Exécution 2005	Prévisions 2006	Prévisions d'exécution 2006
Emplois (ETPT) rémunérés	325,45	361,95	361,95
Autres emplois (ETPT) en fonction (MAD)	3,75	4,40	4,40
Total	329,20	366,35	366,35

Source : ministère de la santé et des solidarités

La HAS achève fin 2006 une première campagne nationale exhaustive de certification des établissements de santé, et a lancé depuis mai 2005 une nouvelle campagne qui s'adresse aux établissements les plus anciennement certifiés. L'objectif fixé par le projet annuel de performances à la haute autorité consiste à « améliorer l'impact de l'évaluation du système de santé » : l'indicateur qui lui est assorti, le taux de levée des conditions mises à la certification par la HAS, doit permettre de mesurer dans sa globalité la mise en œuvre des prescriptions obligatoires de la Haute autorité. Ce taux, qui est de 85 % en 2005, doit atteindre 87 % en 2007 et 90 % en 2010.

**En 2007, la Haute autorité devrait bénéficier d'une subvention de l'État ramenée à 1 million d'euro, en baisse de 89,7 %, en raison du niveau actuel du fonds de roulement de la HAS, qui s'élève en effet à 43 millions d'euros et de l'objectif de réduction de celui-ci au niveau des réserves prudentielles (2 mois de fonctionnement). Dans ce contexte, le prélèvement sur fonds de roulement devrait être de 33 millions d'euros en 2007. Il convient donc de souligner que cette baisse importante est ponctuelle : elle ne pourra être maintenue en 2008, et la dotation de l'État devra bien revenir à son niveau antérieur.**

## **II.- L'ACTION ACCESSIBILITÉ DE L'OFFRE DE SOINS**

Cette action vise à assurer que le niveau de l'offre de soins est adéquat par rapport aux besoins estimés de la population et que les usagers ont accès au système de soins dans des conditions satisfaisantes et des délais raisonnables, quelle que soit leur position sur le territoire national. Les crédits d'intervention pour 2007 s'élèvent à 1,35 million d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement, soit une hausse de 10,5 % par rapport à 2006 ; ils couvrent les interventions financées pour le déploiement de la télémédecine et les interventions diverses concourant notamment au développement de la politique de réseaux de santé.

### **A.- LA TÉLÉMÉDECINE**

Dans le cadre des contrats de projet État-régions (CPER), neuf régions (Bourgogne, Champagne-Ardenne, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Midi-Pyrénées, Nord Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire et Poitou-Charentes) mèneront à leur terme des actions de développement de la télémédecine avec le concours financier de l'État.

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

En 2006, la télémédecine a bénéficié de 1,1 million d'euros. En 2007, une dotation de 1,3 million d'euros est prévue, soit une hausse de 21,5 %, qui reste toutefois limitée, au regard des volumes engagés.

### **B.- LE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX DE SANTÉ**

En conformité avec la politique du ministère de la santé pour le développement des réseaux de santé, des crédits sont prévus pour apporter un soutien financier aux acteurs contribuant à ce développement, notamment par leur action auprès des professionnels de santé et leur soutien apporté aux promoteurs de réseaux. La Coordination nationale des réseaux (CNR), en raison du rôle important qu'elle joue en matière d'animation et de promotion en ce domaine, bénéficiera d'un soutien de 50.000 euros, ce qui représente une baisse de 58,3 % par rapport à 2006.



### III.– L'ACTION MODERNISATION DU SYSTÈME DE SOINS

Cette action regroupe les moyens transversaux de pilotage de la modernisation du système de soins et devrait être dotée de **32,7 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de 36,3 millions d'euros de crédits de paiement en 2007, soit des hausses respectives de 11,5 % et de 17,4 %.**

Ce montant recouvre les crédits de fonctionnement courant destinés à couvrir les frais de justice, à hauteur de 4 millions d'euros, en hausse de 357,1 % par rapport à 2006 (soit + 3,1 millions d'euros) : une telle augmentation s'explique par les modifications associées à la loi organique relative aux lois de finances du 1<sup>er</sup> août 2001, qui en font des crédits limitatifs, alors que sous le régime de l'ordonnance organique, ces frais faisaient l'objet de crédits évaluatifs. Le réalisme de la prévision initiale est désormais de mise. Les frais de justice correspondent aux contentieux liés aux autorisations d'ouverture de pharmacies et de laboratoires et à la sectorisation psychiatrique.

Outre la couverture des frais de justice, cette action comprend essentiellement **les subventions pour charge de service public des différents opérateurs du programme : 26,9 millions d'euros** sont ainsi consacrés à l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH), au groupement d'intérêt public « Carte professionnelle de santé » (GIP CPS), au Centre national de gestion, et enfin, aux 26 agences régionales de l'hospitalisation (ARH). La répartition de cette dotation fait l'objet du tableau suivant.

#### SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC DES OPÉRATEURS

(en millions d'euros)

	ARH	ATIH	GIP CPS	CNG	Total
Autorisations d'engagement et crédits de paiement	22,06	1,83	0,77	2,29	<b>26,94</b>

Source : projet annuel de performances

Par ailleurs, une dotation de 1,8 million d'euros d'autorisations d'engagement et de 5,4 millions d'euros de crédits de paiement, couvre des subventions d'investissement accordées dans le cadre de contrats de développement passés avec des collectivités d'outre-mer (Nouvelle-Calédonie, Polynésie française et Wallis-et-Futuna), qui concourent à la réhabilitation d'établissements de santé ou à l'édification de nouveaux bâtiments.

#### A.– L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

Les activités permettant de produire le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) étaient assumées par l'État et réparties entre trois structures. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) est née de la volonté de renforcer l'efficacité du dispositif en les regroupant dans une seule entité.

Créée par le décret n° 2000-1282 du 26 décembre 2000, l'ATIH, dont les missions vont au-delà d'un simple transfert des compétences existantes, participe à l'objectif d'un meilleur pilotage du système hospitalier. Elle a pour missions principales :

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

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

- et la participation à l'élaboration des nomenclatures de santé tant au niveau national (« résumés de séjour patients » pour le PMSI, classification commune des actes médicaux) qu'international (classification internationale des maladies).

Depuis 2002, l'Agence est également engagée dans la réalisation du volet du programme Hôpital 2007 consacré à la prise en compte de l'activité des établissements hospitaliers dans la détermination de leurs moyens financiers et est donc à ce titre un acteur impliqué dans la mise en place de la tarification à l'activité des établissements (T2A). Par ailleurs, elle est chargée de produire des applications informatiques utiles à la gestion du système de soins (dispositif d'information « PARHTAGE » pour les ARH, dispositif DMI 2 pour le suivi du Sida et de l'hépatite C).

L'évolution de son budget, cofinancé pour un tiers par l'État et pour deux tiers par l'assurance maladie (conformément à l'article 4 de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002), est retracée dans le tableau suivant.

#### ÉVOLUTION DU BUDGET DE L'ATIH DE 2003 À 2006

(en millions d'euros)

	2003	2004	2005	2006 (p)
<b>Ressources</b>				
Subvention de l'État	1,45	1,36	1,06	1,56
Contribution de sécurité sociale	2,9	2,72	2,11	3,11
Subvention Parthage	0,67	0,2	0,2	0,2
Autres ressources	0,72	0,75	0,85	0,75
Reprise sur fonds de roulement	1,08	0,67	2	0,81
<b>Total ressources</b>	<b>6,82</b>	<b>5,7</b>	<b>6,21</b>	<b>6,44</b>
<b>Dépenses</b>				
Personnel	3,78	3,3	3,29	3,54
Fonctionnement	1,98	1,72	1,52	1,92
Investissement	0,86	0,48	1,12	0,52
Autres	0,2	0,2	0,3	0,46
<b>Total dépenses</b>	<b>6,82</b>	<b>5,7</b>	<b>6,21</b>	<b>6,44</b>

Source : ministère de la santé et des solidarités

S'agissant de l'exécution budgétaire 2005, les crédits de fonctionnement ont été consommés à hauteur de 93,5 %. Les charges de personnel représentent 61,4 % des charges de fonctionnement. Le taux de réalisation de ces dépenses s'élève à 97,2 %. Les dépenses de fonctionnement, soit 28,6 % des charges de fonctionnement ont été réalisées à 88,3 %. Pour la section investissement, le taux d'exécution, soit 70,5 %, reflète la montée en charge d'opérations d'achat tant en matériels qu'en logiciels, notamment, pour le développement de Parthage Décision, module Internet des agences régionales d'hospitalisation. À la clôture de l'exercice 2005, le fonds de roulement net représente 1,7 million d'euros.

Le budget 2006 de l'ATIH s'élève à 6,4 millions d'euros : cette augmentation a permis de poursuivre les travaux de maintenance et d'amélioration des outils du PMSI, tarification à l'activité (T2A), nomenclatures, mises à jour des logiciels, développement de la plateforme de services e-PMSI, mais aussi de financer deux emplois supplémentaires, portant le personnel de l'agence à 48 emplois. À la fin 2006, le fonds de roulement s'établit à 1,3 million d'euros.

En 2007, les subventions de l'État et de l'assurance maladie tiennent compte du renforcement des effectifs de l'Agence, dont la nécessité a été soulignée par les rapports de l'inspection générale des finances, de la cour des comptes et de la mission de l'évaluation du financement et des comptes de la sécurité sociale. Il se traduit par la **création de 8 emplois**, avec une augmentation prévue de la subvention de l'État de 270.000 euros pour financer ces postes. Les recrutements correspondants permettront la montée en charge des travaux relatifs à l'évolution du modèle de financement des soins de suite et de réadaptation vers une tarification à l'activité, à la réalisation de l'étude de coûts à méthodologie commune pour le champ « médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) des secteurs public et privé, ainsi qu'à la conception des études de coûts pour les champs « soins de suite ou de réadaptation » (SSR) et d'hospitalisation à domicile (HAD).

**Votre Rapporteur spécial note toutefois que cette augmentation devait financer la création de 16 postes initialement prévus et regrette cette diminution des effectifs à dotation inchangée.**

Le montant de la subvention a été calculé compte tenu du niveau prévisible des ressources propres de l'Agence en 2007, soit 1,54 million d'euros. Un prélèvement sur fonds de roulement de 0,18 million d'euros permettra d'équilibrer le budget de l'établissement et assurera ainsi, à court terme, un autofinancement de l'établissement. **Au total, la subvention que versera l'État à l'ATIH en 2007 est fixée à 1,8 million d'euros, la subvention de l'assurance maladie se portant mécaniquement à 3,7 millions d'euros.**

## B. – LE GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC « CARTE PROFESSIONNELLE DE SANTÉ »

Créé en 1993, pour une durée initiale de quinze ans, le groupement d'intérêt public « Carte professionnelle de santé » (GIP CPS) regroupe les principaux acteurs du monde de la santé : l'État, les ordres professionnels, les régimes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires, ainsi que les représentants de syndicats professionnels et d'organismes utilisateurs. Il a pour mission principale de créer et gérer les conditions garantissant l'indépendance et la responsabilité des différents acteurs du secteur sanitaire et social dans l'utilisation des cartes de professionnels de santé qui sont des cartes électroniques individuelles assurant la sécurisation des télétransmissions des documents liés à des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie.

Au 1<sup>er</sup> août 2006, 585.238 cartes étaient déployées sur le terrain, réparties de la façon suivante : 84.142 cartes de salariés, soit 14,4 % du total, et 501.056 cartes de libéraux, soit 85,6 % du total. Les cartes font l'objet d'un renouvellement automatique tous les trois ans.

Le GIP CPS émet, délivre et gère aussi des certificats électroniques hors cartes. Il s'agit notamment de certificats dits « de confidentialité » destinés au chiffrement des messages électroniques et de certificats dits « applicatifs » destinés à garantir l'intégrité et la confidentialité des connexions en ligne à des applications sécurisées, ainsi que l'authentification du serveur informatique. Depuis 2004, le GIP est également chargé de mettre en œuvre le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), qui doit fusionner les divers répertoires nationaux pour simultanément simplifier le dispositif administratif et améliorer la qualité des informations disponibles, notamment en matière de démographie des professionnels de santé. Enfin, le projet de dossier médical du patient (DMP) prévoit l'utilisation obligatoire des cartes CPS comme moyens d'authentification des professionnels de santé.

Le tableau suivant retrace l'évolution du budget du GIP CPS depuis sa création en 1993.

**BUDGET DU GIP CPS 2003-2006**

(en euros)

	2003	2004	2005	2006
<b>Dépenses par activité</b>				
Activité CPS	13.473.544	13.795.255	14.435.845	14.123.853
Activité RPPS	-	1.500.000	1.204.715	1.617.333
<b>TOTAL</b>	<b>13.473.544</b>	<b>15.295.255</b>	<b>15.640.560</b>	<b>15.741.186</b>
<b>Recettes</b>				
Contributions des membres	1.780.000	1.780.000	1.780.000	1.780.000 <sup>(1)</sup>
Abonnements cartes	11.201.500	11.818.250	12.506.000	12.135.000
Abonnements certificats	370.000	80.000	107.500	152.500
Services promoteurs	48.408	40.000	40.000	40.000
Divers	63.000	76.445	0	0
RPPS	-	1.500.000	1.204.715	1.617.333
<i>dont CNAMTS</i>	-	<i>1.000.000</i>	<i>803.143</i>	<i>1.078.222</i>
<i>dont État</i>	-	<i>500.000</i>	<i>401.572</i>	<i>539.111</i>
Produits financiers	10.636	530	2.345	16.353
<b>TOTAL</b>	<b>13.473.544</b>	<b>15.295.255</b>	<b>15.640.560</b>	<b>15.741.186</b>

(1) dont État à hauteur de 396.940 euros

Source : ministère de la santé et des solidarités

La contribution des membres est inchangée depuis 2003, et répartie selon un prorata défini par la convention constitutive du GIP. La contribution de membre requise de l'État au budget du GIP (sans compter le service de santé des armées) est de 474.740 euros toutes taxes comprises (soit 396.940 euros hors taxes), et représente 22,3 % de la contribution des membres de cet organisme. En plus de cette contribution de membre une contribution spécifique supplémentaire est versée par l'État pour le projet RPPS. **En 2007, la subvention de l'État au GIP CPS s'élèvera à 770.00 euros, soit au même niveau qu'en 2006.**

La diffusion des cartes de professionnels de santé s'inscrit dans un cadre plus large, le projet SESAM-Vitale, qui développe notamment la carte Vitale 2, carte à puce individuelle qui doit se substituer progressivement aux cartes existantes, mais également le système électronique de saisie de l'assurance maladie (SESAM) qui permet la lecture des deux cartes, celle de l'assuré et celle du professionnel, et enfin, le réseau « santé social » sécurisé (RSS) qui permet de transmettre directement les factures aux régimes d'assurance maladie obligatoire.

En dehors du projet CPS, les crédits du projet SESAM-Vitale sont intégralement financés par l'assurance maladie. Le tableau suivant retrace l'évolution des dépenses au titre du projet d'ensemble.

**DÉPENSES DU PROJET SESAM-VITALE DE 2000 À 2005**

(en milliers d'euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Aides à la télétransmission	6.033	17.317	37.996	53.191	60.238	70.000	<b>244.775</b>
Cartes Vitale	13.532	15.894	29.768	14.520	8.410	9.595	<b>91.719</b>
RSS	3.050	8.860	10.804	14.233	14.421	930	<b>52.298</b>
GIE SESAM-Vitale	13.109	14.813	14.657	17.053	14.839	17.790	<b>92.261</b>
GIP CPS	5.032	7.553	14.245	15.000	15.591	16.253	<b>73.674</b>
Outils de télé mise à jour	0	0	0	0	544	5.856	<b>6.400</b>
Autres	4.301	5.220	10.148	13.611	5.376	4.350	<b>43.006</b>
<b>Total</b>	<b>45.057</b>	<b>69.657</b>	<b>117.618</b>	<b>127.608</b>	<b>119.419</b>	<b>124.774</b>	<b>604.133</b>

Source : ministère de la santé et des solidarités

**D.– LE CENTRE NATIONAL DE GESTION**

Prévu par l'ordonnance du 1<sup>er</sup> septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière, le centre national de gestion (CNG), dont le fonctionnement doit être effectif début 2007, sera, sous la forme d'un établissement public administratif, l'opérateur de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) qui doit prendre en charge la gestion du personnel (directeur d'hôpital, d'établissement sanitaire et social, d'établissement social et médico-social, directeur des soins, praticien hospitalier, attaché d'administration hospitalière, etc.) ainsi que l'organisation de tous les concours pour ces professions, hors internat et examen classant national. Ainsi, pour 2007, c'est une subvention à hauteur de **2,3 millions d'euros** qu'il est prévu de verser au CNG.

**E.– LES AGENCES RÉGIONALES DE L'HOSPITALISATION**

**1.– L'évolution du budget des agences régionales de l'hospitalisation**

Créées en 1997 sous forme de groupements d'intérêt public, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) se voient confier des missions de pilotage, d'animation et de coordination des politiques et des actions régionales dans le domaine hospitalier. Les ARH sont financées par le budget de l'État et des contributions des principaux régimes d'assurance maladie. Les contributions de leurs membres peuvent prendre la forme d'une contribution financière, de la mise à disposition de personnels, de locaux ou de matériel. Le régime général a notamment choisi de mettre à disposition de chaque agence un médecin conseil ou un cadre de haut niveau.

**Le montant global des contributions financières versées aux agences s'élève à 29,3 millions d'euros pour 2006 dont 19,6 millions d'euros de subvention versée par l'État et 3,3 millions d'euros de contributions des régimes d'assurance maladie** au titre de leurs apports au groupement d'intérêt public. Les agences bénéficient par ailleurs de crédits spécifiques d'un montant

global de 5,9 millions d'euros financés sur le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés pour constituer en leur sein, d'une part une cellule régionale d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé et d'autre part une mission régionale d'appui à l'investissement hospitalier, leur permettant ainsi de s'adjoindre les experts indispensables à la mise en œuvre du programme d'investissement et de modernisation des établissements de santé.

**En 2006, la participation de l'État au fonctionnement des ARH a enregistré une progression, – la première depuis trois ans –, de 2,2 %, soit 19,6 millions d'euros par rapport à l'exercice précédent, correspondant à la prise en compte du glissement vieillesse technicité (GVT).**

En effet, les frais de personnel constituent l'essentiel des dépenses de fonctionnement des agences. Pour l'année 2006, ce poste s'élève à près de 21,8 millions d'euros soit, en moyenne, 71 % du budget de fonctionnement des ARH. Les agences disposent d'un personnel propre qui comprend des fonctionnaires relevant de la fonction publique de l'État, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière placés en position de détachement, des agents mis à disposition par les parties à la convention constitutive et, à titre subsidiaire, des agents contractuels. L'équipe propre, dite aussi équipe rapprochée, est réduite ; elle comporte de huit à vingt-et-une personnes, directeur inclus. **Actuellement, 347 personnes au total sont employées au sein des ARH y compris les 26 directeurs.** Parmi les 321 collaborateurs directs de ceux-ci, 269 sont rémunérés sur le budget des agences et 52 sont mis à disposition par l'assurance maladie au titre des apports prévus par les conventions constitutives.

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

Le tableau suivant récapitule l'évolution des emplois au sein des agences régionales de l'hospitalisation.

#### ÉVOLUTION DES EMPLOIS DES AGENCES RÉGIONALES DE L'HOSPITALISATION

	2005	2006 (p)	2007 (p)
Emplois (ETPT) rémunérés par l'opérateur	269,98	310,98	310,98
Autres emplois (ETPT) en fonction dans l'opérateur	57,56	57,56	57,56
<b>Total des emplois de l'opérateur</b>	<b>328</b>	<b>369</b>	<b>369</b>

Source : projet annuel de performances

Les emplois supplémentaires en 2006 pour les agences sont financés sur le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Ces emplois sont liés à l'accompagnement des réformes hospitalières (chargés de missions régionaux de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers) et du développement des systèmes d'informations (chargés de missions auprès de la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier). **Les effectifs seront stables en 2007, à hauteur de 369 ETPT.**

Les ARH ont, depuis leur création, engagé une recomposition de l'offre de soins et ont, conformément aux directives nationales, procédé à une politique différenciée d'allocation des ressources entre établissements allant dans le sens d'une réduction des inégalités, en cohérence avec les objectifs définis dans le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Elles veillent désormais à ce que les établissements publics et privés s'engagent activement dans la mise en place de la réforme du financement qui, reposant sur le principe de la tarification à l'activité, permet une meilleure prise en compte de l'activité médicale et du service rendu au patient.

Après s'être attachées en 2003, dans le cadre de la politique de rénovation et d'adaptation du patrimoine des établissements sanitaires, à définir un programme régional d'investissement hospitalier sur cinq ans, elles veillent à la déclinaison effective du plan à l'échelon régional et à la bonne exécution des tranches d'opérations successives.

Les agences ont conduit en 2005 un processus concerté d'élaboration des SROS de troisième génération qui a été profondément réformé par l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé et qui a débouché, en 2006, sur l'adoption et la publication, dans chacune des régions, du nouveau schéma. Les SROS s'ordonnent autour de quatre priorités :

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

En 2006 et 2007, les agences déclineront le SROS en contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qu'elles négocieront avec chaque établissement de santé.

Pour mener à bien ces politiques d'organisation et de qualité de l'offre de soins, l'État, en partenariat avec l'assurance maladie, dispose désormais d'un outil : le contrat d'objectifs conclu pour trois ans entre le ministère de la santé et chaque ARH, qui marque le passage d'une tutelle administrative classique à un pilotage stratégique. L'indicateur lié dans le projet annuel de performances du programme à l'objectif *Optimiser le pilotage de l'offre de soins* est en effet



directement bâti sur la base des objectifs fixés aux ARH dans le cadre de la contractualisation entre celles-ci et l'État.

Cet indicateur, qui mesure le taux d'atteinte par les agences des objectifs nationaux quantifiés figurant dans les contrats passés entre l'État et les ARH, se décline en 5 sous-indicateurs :

– le premier vise à « *assurer la régulation régionale de l'offre de soins* » et passe par l'évaluation des recompositions hospitalières, le développement de la chirurgie ambulatoire pour certains actes, et l'articulation des objectifs du SROS avec le dispositif de la tarification à l'activité (T2A) ;

– le deuxième consiste à « *veiller aux équilibres financiers des établissements de santé* », par l'établissement de notes de conjoncture et le contrôle de l'équilibre des établissements ;

– le troisième indicateur pose le principe de « *l'optimisation de l'organisation et de la gestion interne des établissements de santé* » par la mise en place d'une nouvelle gouvernance (développement des pôles, utilisation d'une comptabilité analytique médicalisée et des outils de benchmarking) ;

– le quatrième indicateur est destiné à « *favoriser l'efficience des pratiques hospitalières* », par le contrôle des prestations facturées dans le cadre de la T2A et la mise en œuvre des accords locaux d'amélioration des pratiques hospitalières ;

– enfin, le dernier indicateur a pour objectif de « *développer le dialogue social en région* », par la diffusion du tableau de bord établi par la DHOS dans tous les établissements d'ici 2 à 3 ans.

Si l'ensemble de ces indicateurs paraît globalement pertinent et contribue au développement d'un pilotage stratégique par les ARH, la cible fixée à 100 % pour 2010 ne semble pas crédible, au vu notamment des prévisions pour 2007, qui s'établissent à 25 % pour l'atteinte de ces objectifs nationaux.

**En 2007, le budget des ARH devrait s'élever à 22,1 millions d'euros tant en autorisations d'engagement qu'en crédits de paiement, soit une hausse de 12,4 % par rapport à 2006.**

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

#### FINANCEMENT DES AGENCES RÉGIONALES DE L'HOSPITALISATION

Exécution 2005		LFI 2006		PLF 2007	
Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
19,21	19,21	19,63	19,63	22,06	22,06

Source : projet annuel de performances

## 2.– Des agences régionales de santé au point mort

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit que, sur la base du volontariat, des régions seront autorisées à mener pendant une durée de quatre ans une expérimentation créant une agence régionale de santé (ARS) qui sera chargée des compétences aujourd'hui dévolues à l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et à l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM). Cette réunion du champ hospitalier et du champ ambulatoire sous une autorité unique de pilotage régional doit fortement contribuer au décloisonnement ville – hôpital, qui est lui-même gage d'une optimisation à la fois de la qualité des soins et des dépenses qui y sont liées. Elle doit permettre d'assurer une meilleure coordination et une meilleure continuité des soins et de centrer sur le malade la gestion des ressources en promouvant une approche globale de la politique de santé.

Par une gestion intégrée des missions conjointes des ARH et des URCAM, les missions régionales de santé (MRS), mises en place au début de l'année 2005 et compétentes en particulier en matière de répartition territoriale des professionnels de santé et d'organisation de la permanence des soins, permettent désormais d'aborder de la façon la plus cohérente les problématiques communes et les interactions entre la médecine de ville et l'hôpital et constituent, à ce titre, une première étape vers la création d'ARS.

Une deuxième étape, décisive, devait être franchie avec l'expérimentation elle-même qui devrait prendre notamment appui sur les enseignements qui seront tirés du fonctionnement des MRS et du premier bilan de leur action. Le dispositif expérimental a fait l'objet d'une concertation entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Elle devait déboucher sur les expérimentations dans des régions candidates, à l'issue desquelles les conditions de leur généralisation devaient être étudiées.

Or, en 2006, aucune expérimentation n'a eu lieu, et le délai légal pour la mise en place de telles expérimentations est expiré.

Constatant l'échec de la mise en place des agences régionales de la santé (ARS), **votre Rapporteur spécial déplore l'absence totale de conclusions tirées de cet échec. Par ailleurs, il n'a obtenu aucune information sur les missions régionales de santé, leur nombre, leurs compétences, et leur capacité effective à la coordination régionale.**

## CHAPITRE IV : LE PROGRAMME *DROGUE ET TOXICOMANIE*

Le programme *Drogue et toxicomanie* regroupe les moyens de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), qui joue un rôle d'animation et de coordination des actions des ministères compétents dans le domaine de la lutte contre la drogue et la toxicomanie : son action passe par le pilotage du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. Pour 2007, la chute d'un tiers de sa dotation résulterait d'un transfert de crédits d'intervention, dont le bien-fondé mérite examen.

### A.- LA MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE

#### 1.- L'action de la MILDT

Le nouveau plan quinquennal de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, proposé par la MILDT et signé en juillet 2004, vise à donner une nouvelle dynamique à la prévention, à mettre en place un système de soins plus accessible et plus diversifié, à redonner à la loi sa valeur dissuasive, à adapter le système répressif aux nouvelles formes de trafic, et à tendre vers l'harmonisation des politiques européennes et internationales en la matière.

La MILDT assure principalement un rôle de coordination et de pilotage national. Il s'agit par exemple à travers des formations inter-catégorielles communes aux différents acteurs de la prévention (policiers, gendarmes, personnels des établissements scolaires, etc.) de permettre à la fois le rappel de la loi et la prise de conscience sanitaire et sociale des conduites à risque. Il s'agit également de s'appuyer sur un programme de recherche piloté par la MILDT, de lancer des appels d'offres auprès des établissements publics de recherche, afin de disposer d'expertises collectives sur les effets des produits, les types de consommations, les marchés des substances illicites, les précurseurs chimiques et les déterminants socio-économiques des conduites à risque. Le financement en matériel innovant et de pointe de lutte contre le trafic constitue également un volet important. Par ailleurs, a été créé un dispositif régional de centres d'informations et de ressources sur les drogues et les dépendances (CIRDD), doté de missions d'ingénierie sociale, d'observation et de documentation.

Les principales activités de la mission portent sur :

– *la prévention*, par l'expérimentation de nouveaux dispositifs innovants, permettant de répondre aux difficultés rencontrées par les jeunes comme par les parents pour mesurer l'impact réel des drogues et évaluer leur propre consommation. La même approche doit se faire en direction des organisations professionnelles et du milieu du travail ;

– *le respect de la loi*, en testant de nouveaux dispositifs permettant de sensibiliser les populations au respect de la loi, avec la prise en compte de la dimension drogue dans les zones urbaines sensibles, le lien avec la prévention de la délinquance, l'expérimentation de nouveaux dispositifs de rappel de la réglementation concernant les substances psychoactives dans l'apprentissage de la conduite et sur la route ;

– *la prise en charge*, qui peut également s'accompagner des expérimentations lancées par des tiers ;

– *la coopération internationale*, par des actions en faveur du rapprochement des politiques des États de l'Union européenne, la participation aux débats dans les enceintes internationales, mais également l'assistance technique en direction des pays qui n'ont pas encore adopté de disposition anti-drogue ou sont confrontés à des problèmes importants dans ce domaine.

## 2.– Une nécessaire stabilisation des crédits

En 2004 et 2005, le montant des crédits mis en réserve sur le budget de la MILDT a été respectivement de 3,2 millions d'euros et de 4,71 millions d'euros.

En 2006, dans le cadre de la régulation budgétaire, une réserve de précaution de 5 % des crédits de la loi de finances initiale a été mise en place sur ce programme, comme sur les autres programmes. Elle a été imputée sur les deux premières actions du programme, et porte sur les unités opérationnelles ministérielles et déconcentrées, les divers opérateurs sauf le groupement DATIS, ainsi que sur les expérimentations.

Une stabilisation des crédits de la MILDT, mais surtout une augmentation de ceux-ci semblent nécessaires afin de donner à la MILDT les moyens de ses missions.

## B.– LE FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE EN 2007

### 1.– Un transfert discutable

**Les crédits demandés au titre de ce programme s'élèvent à 36,5 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement pour 2007, en baisse conséquente de 33,9 % par rapport à 2005.**

Cette diminution faciale des crédits renvoie en réalité au transfert vers le programme *Santé publique et prévention* d'une grande partie des crédits d'intervention, dans la mesure où la MILDT, pilote unique de ce programme, n'a pas vocation à gérer directement ces crédits.

**On peut toutefois s'interroger sur la pertinence de ce transfert : déjà soulignée dans le rapport spécial sur le projet de loi de finances pour 2006, la présentation des crédits relatifs à la lutte contre la drogue et la toxicomanie dans deux programmes différents brouille la lisibilité de cette politique, et cantonne la mission interministérielle à un rôle d'animation, sans aucune capacité d'intervention.**

Or, si la MILDT n'est pas destinée à financer des dispositifs pérennes qui relèvent de la compétence des ministères, les missions qui lui incombent ainsi que son organisation clairement transversale dans le domaine de la lutte contre la drogue, pourraient plaider pour une remise en cause de son rattachement à la mission *Santé*. En effet, le programme *Drogue et toxicomanie* que pilote la MLDT s'inscrit dans un environnement interministériel fort, puisque la lutte contre la drogue implique une vingtaine de départements ministériels, que la MILDT s'attache à coordonner. Le transfert de ce programme vers la mission *Direction de l'action du gouvernement et journaux officiels*, souhaité par la MILDT elle-même, aurait ainsi l'avantage de clarifier le champ d'intervention de celle-ci.

Toutefois, du point de vue de la lisibilité des politiques publiques, et plus particulièrement du contrôle parlementaire, un tel transfert ne ferait que complexifier la présentation de la politique de lutte contre la drogue, en la scindant. C'est en effet la volonté de regrouper l'ensemble des crédits qui concourent à la lutte contre la drogue qui a conduit les parlementaires réunis en 2006 en commission mixte paritaire, à opérer par voie d'amendement un transfert des crédits de l'action *Autres pratiques à risque*, qui constitue le volet sanitaire de la lutte contre la toxicomanie, vers le programme *Drogue et toxicomanie*.

Or, le présent projet de loi de finances consacre pour 2007 le retour au *statu quo ante*, par le transfert de 18 millions d'euros à la sous-action *Autres pratiques à risque* de l'action *Déterminants de santé* : cette solution fait l'objet d'un consensus entre le ministère chargé de la santé et la MILDT, qui de son propre aveu, s'est heurtée à de nombreux obstacles pour gérer ces crédits dont elle a été dotée en 2006.

Au-delà du retour des crédits d'un montant de 18 millions d'euros à l'action *Déterminants de santé*, destinés à financer la lutte contre les autres pratiques à risque, **la baisse des crédits affectés au programme s'élève à 0,7 million d'euros par rapport à 2006.**

**Le programme bénéficie de 37 équivalents temps plein travaillé (ETPT) pour un montant de 2,3 millions d'euros pour 2007, inscrits dans le programme *Gestion des politiques sanitaires*.** En 2006, c'étaient 2,9 millions d'euros qui étaient destinés au financement du même nombre d'emplois : cette baisse à effectifs constants n'a pas été justifiée à votre Rapporteur spécial.

## 2.– L'action *Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif*

**Cette action devrait bénéficier en 2007 de 31,95 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement, soit une baisse de 33,9 % par rapport à 2006.** En ne tenant pas compte du transfert des crédits de l'addictologie vers l'action *Déterminants de santé* du programme *Santé publique et prévention*, la progression est de 4,3 %. Elle doit également se voir rattacher 1,5 million d'euros de fonds de concours en 2007 contre 1,2 million d'euros en loi de finances initiale pour 2006 : le rattachement s'est finalement élevé à 1,8 million d'euros.

S'agissant du niveau national, ces financements regroupent l'ensemble des outils communs nécessaires à la conduite des actions des ministères au service de la politique publique de lutte contre la drogue<sup>(1)</sup>, ainsi que le financement des trois opérateurs du programme par la MILDT que sont les groupements d'intérêt public (GIP) :

– Drogues, alcool, tabac info service (DATIS), GIP interministériel de téléphonie sociale ayant pour vocation de conseiller et de prévenir sur les consommations de substances psychoactives et de rappeler l'interdit ;

– l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), qui assure la fonction d'observation des drogues et de diffusion des données ;

– et le Centre de formation antidrogue de Fort-de-France (CIFAD), qui permet la diffusion des pratiques de lutte contre le trafic dans une zone géographique prioritaire, la zone des Caraïbes.

Les priorités définies au niveau national sont relayées au niveau territorial par un binôme comprenant un chef de projet sous-préfet et un coordinateur issu d'un service déconcentré qui est souvent la DDASS. Ces pilotes locaux doivent coordonner les actions des services déconcentrés sur l'ensemble du champ des drogues (conventions départementales d'objectif Justice/Santé, prévention, respect de la loi Evin, lutte contre le trafic).

En matière de communication, la MILDT prévoit l'organisation avec les ministères régaliens d'une campagne sur l'économie souterraine. Cette initiative complètera le volet sanitaire de la campagne cannabis réalisé en 2005 et le volet sécurité routière de la campagne 2006.

---

(1) Ces actions regroupent les formations interministérielles, l'acquisition de matériel de pointe pour la lutte contre le trafic mutualisable à l'ensemble des services répressifs, des programmes de recherche sur les grands axes du plan, mais également la constitution d'un réseau régional de Centres d'informations de ressources sur les drogues et dépendances (CIRDD) et des actions de communication.

Les financements prévus pour 2007 sont les suivants :

– *les dépenses de fonctionnement courant de la MILDT*, qui excluent les dépenses de personnel, et qui s'élèvent à **4 millions d'euros** ;

– *les subventions aux trois opérateurs* principaux du programme (DATIS, OFDT et CIFAD) à hauteur de **8,8 millions d'euros**, en baisse de 2,2 % par rapport à 2006, en raison de l'intégration de l'activité documentaire de l'association Toxibase, qui constituait auparavant un quatrième opérateur à part entière, au GIP OFDT. Cette intégration permet par ailleurs de réduire les effectifs globaux des opérateurs du programme qui passent de 111 à 109 ETPT. La dotation à l'OFDT est donc portée à 3,65 millions d'euros, en hausse de 0,3 million d'euros, ce qui permet la création de 4 équivalents temps de documentalistes afin de poursuivre le travail engagé auprès du réseau national des CIRDD. La dotation aux deux autres opérateurs se voit quant à elle simplement reconduite, à hauteur de 0,52 million d'euros pour le CIFAD et 4,68 millions d'euros pour le GIP DATIS ;

– *les dépenses d'intervention de la MILDT*, soit **19,1 millions d'euros**, et qui comprennent un programme de recherche (1 million d'euros), l'élargissement du réseau des CIRDD pour un montant de 3,5 millions d'euros avec 16 centres labellisés prévus en 2007, et enfin, la poursuite de la déclinaison au niveau départemental du « plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool », avec une reconduction de l'enveloppe de 14,6 millions d'euros.

Le projet annuel de performances de la mission *Santé* fixe comme objectif de « *mobiliser l'ensemble des administrations et partenaires autour des objectifs du plan* ». L'indicateur mesure la prise en compte des soixante objectifs opérationnels du plan gouvernemental dans les stratégies de chaque ministère et de leurs services déconcentrés à travers la mise en œuvre des instructions nationales. Ce taux devrait être de 50 % en 2007 avec une cible fixée à 60 % en 2008. Le taux constaté en 2005 de 23 % permet de douter de l'atteinte de ces objectifs.

Le second objectif consiste à « *renforcer la cohérence de la politique publique au niveau central et territorial* ». Le premier indicateur qui lui est associé mesure le degré d'articulation des plans territoriaux et du réseau national des centres de ressources sur les drogues et dépendances (CIRDD) avec les autres dispositifs locaux (santé publique, prévention de la délinquance, sécurité routière, contrats de plan, politique de la ville...). Selon les estimations, en 2007, 350 coopérations seraient formalisées au niveau local avec les principaux plans territoriaux entrant dans le champ, avec une cible fixée à 505 en 2007. Le second indicateur évalue l'effet de levier des financements de la MILDT, c'est-à-dire de sa capacité à susciter des financements additionnels ; les prévisions ont de ce point de vue largement été revues à la baisse : la part des crédits hors MILDT dans le financement des plans territoriaux qui devait être de 50 % en 2006 a été réestimée à 25 %, un taux de 60 % étant fixé comme cible en 2008. Les deux indicateurs

sont également déclinés pour les CIRDD : des prévisions de 40 % d'initiatives prises par chaque CIRDD et de 30 % de crédits hors MILDT dans leur financement masquent un réseau régional de CIRDD encore loin d'être déployé, puisqu'à l'heure actuelle, seules douze régions sont couvertes.

### 3.– L'action *Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi*

**Les crédits demandés au titre de cette action s'élèvent pour 2007 à 3,1 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement, en baisse de 42,5 % par rapport à 2006.**

Ces financements permettent à la MILDT d'expérimenter sur quelques sites et pendant un laps de temps déterminé, pour le compte des ministères, de nouveaux modes de prévention, de rappel et de respect de la loi et de prise en charge sanitaire et sociale qui sont ensuite évalués. Si leur efficacité est démontrée, ils peuvent être ensuite être repris par le droit commun. Après l'expérimentation des consultations cannabis qui ont été généralisées et reprises par l'assurance maladie et les programmes globaux et spécifiques crack à Paris et aux Antilles, la MILDT va expérimenter notamment un programme de prévention en entreprises (400.000 euros), un programme concernant les zones urbaines sensibles (600.000 euros) et un programme en milieu carcéral (500.000 euros), ce dernier projet ayant déjà été prévu en 2006. La MILDT va également lancer un nouvel appel à projet auprès du réseau associatif visant à expérimenter de nouvelles approches de prévention et de respect de la loi (1 million d'euros).

L'objectif proposé par le projet annuel de performances consiste à « améliorer la pertinence des dispositifs expérimentaux d'intervention » : l'indicateur qui lui est associé mesure le nombre de reprises de dispositifs jugés pertinents par d'autres administrations et partenaires, qui selon les prévisions, devrait passer de trois à six entre 2006 et 2007.

### 4.– L'action *Coopération internationale*

L'action *Coopération internationale* permet aux ministères de mieux se coordonner afin de mener des actions communes en matière de réduction de l'offre et de la demande dans certaines zones géographiques sensibles prioritaires avec une priorité pour les pays de la CEI.

**Cette action devrait être dotée de 1,5 million d'euros en 2007, en hausse de 25 % par rapport à 2006.**



L'objectif de cette action consiste à « *améliorer la pertinence des échanges internationaux en matière de lutte contre les drogues* » : l'indicateur qui lui est associé évalue les actions d'assistance technique menées dans les zones géographiques prioritaires. Les prévisions de taux de reprise de projets coordonnés repris par les États ou les organismes internationaux, de 10 % en 2005, devraient atteindre 20 % en 2006 et 30 % en 2007. Pour le moment, aucune donnée n'a été communiquée en termes de réalisations effectives.



## EXAMEN EN COMMISSION

Au cours de sa séance du 25 octobre 2006, votre Commission a examiné les crédits de la mission *Santé* pour 2007.

**Votre Rapporteur spécial** a indiqué que le budget de la mission *Santé* traduit une évolution positive pour 2007, en progression de 4,3 % pour les autorisations d'engagement et de 7,8 % pour les crédits de paiement. Cette hausse est essentiellement liée au financement de la troisième phase du plan Cancer, qui bénéficie de 23 millions d'euros supplémentaires. La mission est composée de trois programmes : *Santé publique et prévention*, *Offre de soins et qualité du système de soins*, et enfin, *Drogue et toxicomanie*.

Le programme *Santé publique et prévention*, doté de 289,9 millions d'euros, progresse de 14,5 % en termes d'autorisations d'engagement et de 19,9 % en termes de crédits de paiement, mais l'analyse du détail des actions montre que cette augmentation est artificielle, puisqu'elle est liée au transfert vers l'action *Déterminants de santé* de crédits consacrés à l'addictologie, à hauteur de 18 millions d'euros en provenance du programme *Drogue et toxicomanie*. En effet, si l'on exclut ce transfert, les moyens sont en baisse pour l'ensemble des politiques concernées, que ce soit la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, le programme national « nutrition santé » ou encore la lutte contre les autres pratiques à risque, qui recouvrent essentiellement la toxicomanie.

La hausse des crédits de l'action *Pilotage de la politique de santé publique* est plus discrète et renvoie à la mise en place progressive des instances régionales de pilotage prévue par la loi relative à la politique de santé publique.

La progression des crédits de l'action *Pathologies à forte morbidité / mortalité*, qui bénéficie de 220,5 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement est à mettre au compte de la lutte contre le cancer, mais également d'un changement de périmètre, suite à la recentralisation de certaines compétences, notamment la vaccination, opérée par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales. En conséquence, les moyens consacrés à la lutte contre le sida restent stables, tandis que les crédits consacrés à la santé mentale et à la lutte contre les maladies rares et les hépatites sont en forte baisse.

Concernant le programme *Offre de soins et qualité du système de soins*, qui comprend les dotations aux divers opérateurs : Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH), Agences régionales de l'hospitalisation, groupement d'intérêt public « carte professionnelle de santé » (GIP, CPS), ainsi que ceux d'une nouvelle structure, le Centre national de gestion, les crédits sont en quasi-stagnation : ils s'élèvent à 100,6 millions d'euros d'autorisations d'engagement et à 104,2 millions d'euros de crédits de paiement,

en hausse de 1,6 % pour les crédits de paiement, mais en baisse de 0,4 % en termes d'autorisations d'engagement.

Enfin, le programme *Drogue et toxicomanie* est en contraction de plus de 33 %. Cette baisse est liée au transfert de 18 millions d'euros. Le budget s'élève à 36,5 millions d'euros d'autorisations d'engagements et de crédits de paiement. Les crédits des projets expérimentaux destinés aux zones urbaines sensibles (ZUS), à la prévention au sein de l'entreprise et au milieu carcéral, affichent une baisse notable.

Le budget pour 2007 de la mission *Santé* est donc principalement marqué par la poursuite de la montée en charge de l'Institut national du cancer (INCa) qui bénéficie d'une dotation de 50,6 millions d'euros. Hors le plan Cancer, ce budget doit être considéré comme un budget de transition, décevant.

Il comprend pourtant les grands plans de santé publique que sont le programme national Nutrition Santé (PNNS 2), le plan Santé mentale, ainsi que les actions tournées vers l'accès aux soins des plus démunis, via les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Or, l'État doit rester un pilote dans ces domaines. Le constat dressé à l'aune du présent projet de loi de finances est au contraire celui d'un désengagement croissant au détriment de l'assurance maladie, qui gère notamment l'accès à la couverture maladie universelle (CMU), et qui est donc amenée à prendre en charge des actions qui relèvent de la solidarité.

**M. Alain Rodet** a observé que, dans de nombreux établissements publics d'hospitalisation et centres hospitaliers universitaires (CHU), la Générale de santé s'était efforcée de débaucher des spécialistes confirmés en oncologie et orthopédie, en les attirant par des salaires plus élevés, sans que les CHU puissent notamment les retenir. L'État intervient-il pour freiner l'affaiblissement de l'offre publique de santé dans ces secteurs essentiels ?

**M. Pascal Terrasse** s'est inquiété de l'évolution qui affecte le financement de la protection sociale. Les associations qui agissent dans ce secteur signalent qu'il est en baisse, notamment en matière d'aide médicale de l'État. Les conséquences de ce moindre financement sont-elles déjà visibles ? Le plan cancer, qui met en œuvre un engagement du Président de la République, traverse d'autres difficultés. Le directeur général de l'Institut national du cancer (INCa) a démissionné en cours d'année. En connaît-on l'explication ? Quant aux crédits alloués à la lutte contre le cancer, ils paraissent demeurer au sein de l'INCa, alors qu'il avait été annoncé qu'ils seraient affectés aux pôles de cancérologie dans les régions.

**Votre Rapporteur spécial** est convenu que la démographie médicale et hospitalière constitue en effet un vrai problème. La solution est sans doute à chercher sur le terrain de la rémunération, mais aussi de la condition statutaire. La réforme de la tarification à l'activité (T2A) a parallèlement beaucoup compliqué la

tâche des praticiens. D'autres questions se posent cependant davantage dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale que dans celui de la mission *Santé*, quoique le programme *Offre de soins et qualité du système de soins* inclue notamment les crédits prévus pour mettre en place le Centre national de gestion (CNG) destiné à organiser la formation et la carrière des professions hospitalières, gérés actuellement par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), qui transmet ses données aux ARH.

Les crédits de l'aide médicale de l'État sont, quant à eux, inscrits au sein de la mission *Solidarité et intégration*. D'une manière générale, des organisations telles que *Médecins du monde* soulignent que l'accès à la santé pour les populations pour les plus défavorisées se dégrade, notamment chez les généralistes pour les titulaires de la couverture maladie universelle (CMU).

L'Institut national contre le cancer (INCa) paraît reprendre désormais ses activités sur une base plus saine. Le Rapporteur spécial y a effectué un contrôle sur pièces et sur place. Pour ce qui concerne le financement des cancéropôles, l'INCa devait bénéficier de 8 millions d'euros supplémentaires en provenance du programme *Recherche et enseignement supérieur*, dont le versement n'a pas été effectué à ce jour. La difficulté du financement de la recherche en cancérologie tient à la nécessité de procéder à des appels d'offres sur plusieurs années, ce qui implique un financement stable, qui puisse être conduit sur deux à trois ans. La mission *Santé* continue, quant à elle, à tenir ses engagements vis-à-vis de l'INCa dans le présent projet de loi de finances.

**M. Charles de Courson** s'est étonné que le Rapporteur spécial n'ait pas abordé l'action n°3 *Modernisation du système de soins*, inscrite au sein du programme *Offre de soins et qualité du système de soins*. Quelle est l'action propre des opérateurs extérieurs rattachés à ce programme ? Quelles sont les modalités du passage à la tarification à l'activité, dans les hôpitaux et ailleurs ? Quels sont les rôles respectifs de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), du groupement d'intérêt public « carte professionnelle de santé » (GIP-CPS) et du centre national de gestion (CNG) ?

**Votre Rapporteur spécial** a expliqué que ce dernier opérateur est un organisme nouveau, qui va s'installer dans les anciens locaux de l'INCa, tandis que le GIP-CPS gère les cartes professionnelles de santé, dans le cadre plus général du projet SESAM-Vitale, qui inclut la révision des cartes Vitale ; elles devront désormais porter la photographie de l'assuré.

**M. Charles de Courson** a demandé si la dotation globale hospitalière est, désormais, mieux répartie.

**Votre Rapporteur spécial** a rappelé que la Cour des comptes a mis en cause cette répartition. Le Parlement a décidé de maintenir le principe d'une tarification à l'activité (T2A). D'autres problèmes se posent encore, comme celui

de la convergence intersectorielle, mais ils ne relèvent pas des crédits de la mission.

**M. Charles de Courson** s'est interrogé sur le rôle exact de l'ATIH et sur la manière dont elle remplit une fonction de support.

**Votre Rapporteur spécial** a répondu qu'elle avait en tout état de cause un rôle important, et même croissant, qui justifie la création des emplois prévus pour 2007, fait qui mérite d'être souligné dans le contexte actuel, qui est plutôt celui d'une stagnation des emplois des Agences. L'ATIH devrait en effet bénéficier de 8 emplois supplémentaires en 2007 : or, elle en avait initialement demandé 16.

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

## **ANNEXE**

### **Liste des personnes entendues par votre Rapporteur spécial**

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

– Mme Maryse Chodorge, Directrice de l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation ;

– M. Jean-Pierre Couteron, Président de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie ;

– M. Laurent Degos, Président de la Haute autorité de santé, et M. François Romaneix, directeur de la Haute autorité de santé ;

– M. Didier Jayle, Président de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie ;

– M. Philippe Lamoureux, Directeur général de l'Institut national de la prévention et de l'éducation à la santé ;

– M. Dominique Maraninchi, Président de l'Institut national du cancer, et Mme Christine Welty, Directrice générale de l'Institut national du cancer ;

– Mme Brigitte Sablayrolles et M. Frédéric Amar, conseillers techniques au cabinet du ministère de la santé et des solidarités ;

– Mme Danielle Toupillier, Directrice adjointe de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.