

N° 82

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2006-2007

Annexe au procès-verbal de la séance du 23 novembre 2006

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances pour 2007, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

TOME IV

SANTÉ

Par M. Alain MILON,
Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gérard Dériot, Jean-Pierre Godefroy, Mmes Claire-Lise Campion, Valérie Létard, MM. Roland Muzeau, Bernard Seillier, *vice-présidents* ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Anne-Marie Payet, Gisèle Printz, *secrétaires* ; Mme Jacqueline Alquier, MM. Jean-Paul Amoudry, Gilbert Barbier, Daniel Bernardet, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mmes Isabelle Debré, Christiane Demontès, Sylvie Desmarescaux, M. Claude Domeizel, Mme Bernadette Dupont, MM. Michel Esneu, Jean-Claude Etienne, Guy Fischer, Jacques Gillot, Francis Giraud, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, Annie Jarraud-Vergnolle, Christiane Kammermann, MM. Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Mme Raymonde Le Texier, MM. Roger Madec, Jean-Pierre Michel, Alain Milon, Georges Mouly, Mmes Catherine Procaccia, Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, Patricia Schillinger, Esther Sittler, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Alain Vasselle, François Vendasi, André Vézinhet.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (12^{ème} législ.) : 3341, 3363 à 3368 et T.A. 619

Sénat : 77 et 78 (annexe n° 25) (2006-2007)

Lois de finances.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	7
I. LA LUTTE CONTRE LE CANCER, PRIORITÉ DU PROGRAMME « SANTÉ PUBLIQUE ET PRÉVENTION »	9
A. ASSURER UN PILOTAGE EFFICACE DES MESURES MISES EN ŒUVRE	10
1. <i>Les régions s'imposent comme maîtres d'œuvre de la politique de santé publique</i>	10
2. <i>Deux opérateurs majeurs interviennent au niveau national</i>	12
a) L'Inpes, bras armé de la politique de prévention.....	12
b) L'INCa, coordonnateur de la lutte contre le cancer.....	15
B. AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ	17
1. <i>L'Etat ne doit pas se désengager de la lutte contre les pratiques à risque</i>	18
a) L'alcoolisme, un fléau français	18
b) Les premiers succès des mesures anti-tabac.....	19
c) Le volet sanitaire de la lutte contre la toxicomanie	19
2. <i>La politique de prévention de l'obésité se poursuit</i>	20
3. <i>Le plan national de santé environnementale ne bénéficie pas de moyens suffisants</i>	21
4. <i>Le plan « violence et santé » peine à voir le jour</i>	22
C. DIMINUER LA PRÉVALENCE DES PATHOLOGIES À FORTE MORBIDITÉ/MORTALITÉ	24
1. <i>La lutte contre le cancer, une priorité absolue</i>	24
2. <i>Les infections transmissibles, un danger qui demeure</i>	27
a) Des actions ciblées contre le VIH	27
b) La recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles.....	29
c) Un programme de lutte contre les hépatites très en deçà des enjeux.....	29
3. <i>Un éparpillement des crédits destinés aux autres pathologies</i>	30
a) Le transfert à l'Etat de la charge de la prévention des maladies infectieuses.....	30
b) Des efforts constants en matière de santé mentale	30
c) Des moyens très réduits pour les autres pathologies.....	31
D. ŒUVRER POUR UNE MEILLEURE QUALITÉ DE VIE DES MALADES LES PLUS FRAGILES	32
1. <i>Les pathologies de l'enfance et de la périnatalité</i>	32
2. <i>Les pathologies de l'âge adulte</i>	33
3. <i>Les pathologies spécifiques au vieillissement et à la fin de vie</i>	34

II. UN ENGAGEMENT ENCORE TROP TIMIDE DE L'ÉTAT EN FAVEUR DE L'OFFRE ET DE LA QUALITÉ DES SOINS.....	36
A. LA PRIORITÉ DONNÉE À LA QUALITÉ DES FORMATIONS.....	36
1. Une participation symbolique de l'Etat.....	36
2. Assurer la qualité des soins par la formation des professionnels de santé.....	37
B. QUEL ACCÈS À L'OFFRE DE SOINS ?.....	40
1. Une action sans commune mesure avec les objectifs affichés	40
2. Des besoins pourtant considérables	41
C. LE SOUTIEN À L'OFFRE DE SOINS PRIVILÉGIE L'ÉCHELON RÉGIONAL.....	44
1. Les agences régionales en première ligne	44
2. Des subventions plus limitées pour les autres opérateurs.....	46
III. LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE : L'INTERMINISTÉRIALITÉ EN QUESTION	50
A. LES ÉVOLUTIONS DE LA CONSOMMATION DE DROGUE EN FRANCE	50
1. La consommation de drogues « douces » marque enfin le pas.....	50
2. Les drogues de synthèse : un danger évité ?	51
3. Une recrudescence des substances traditionnelles à surveiller	52
B. UNE RÉPONSE PRÉVENTIVE, SANITAIRE ET RÉPRESSIVE	53
1. Le programme « drogue et toxicomanie » au cœur d'un imbroglio administratif et budgétaire.....	53
a) Un transfert discutable.....	53
b) L'avenir incertain du fonds de concours	54
2. La coordination interministérielle au cœur du programme	55
3. L'expérimentation réduite à portion congrue	57
4. Un effort supplémentaire en faveur de la coopération internationale.....	58
C. UN RÉEL PROBLÈME DE PILOTAGE	60
1. L'inconfortable positionnement de la Milt.....	60
2. Quel avenir pour le programme « drogue et toxicomanie » au sein de la mission « Santé » ?	62
TRAVAUX DE LA COMMISSION	65
I. AUDITION DU MINISTRE	65
II. EXAMEN DE L'AVIS.....	71

Les crédits de la mission « santé » pour 2007

Programmes	Crédits de paiement (en euros)	Variation 2006/2007 (en %)
Santé publique et prévention	289.888.718	+ 19,9
Pilotage de la politique de santé publique	31.349.485	+ 12,1
Déterminants de santé	31.386.314	+ 93,9
Pathologies à forte morbidité/mortalité	220.542.034	+ 15,1
Qualité de la vie et handicaps	6.610.885	+ 9,1
Offre de soins et qualité du système de soins	104.171.005	+ 1,6
Niveau et qualité de l'offre de soins	66.480.270	- 5,1
Accessibilité de l'offre de soins	1.348.616	- 9,5
Modernisation du système de soins	36.342.119	+ 17,4
Drogue et toxicomanie	36.500.000	- 33,9
Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif	31.951.432	- 34,4
Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi	3.048.568	- 42,5
Coopération internationale	1.500.000	+ 25
Total mission « Santé »	430.559.723	+ 7,8

Mesdames, Messieurs,

La mission ministérielle « Santé », telle que définie par la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001 (Lolf), assure le financement des grands enjeux de santé publique : la prévention et la prise en charge des pathologies, la gestion de l'offre de soins et la lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Preuve que la santé demeure au cœur des priorités gouvernementales, la participation de l'Etat à ces politiques s'élèvera, en 2007, à 427 millions d'euros en autorisations d'engagement et à **430,6 millions d'euros** en crédits de paiement, soit une **augmentation de 7,8 % par rapport à 2006**, année au cours de laquelle les crédits avaient déjà bénéficié d'une hausse de plus de 10 %. Il s'agit d'un effort particulièrement important dans le contexte budgétaire contraint actuel, que votre commission tient à saluer.

Ces moyens sont **inégalement ventilés entre trois programmes** - « santé publique et prévention », « offre de soins et qualité du système de soins » et « drogue et toxicomanie » - en fonction des objectifs définis par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. De fait, l'essentiel des efforts portera l'année prochaine, comme en 2006, sur le plan Cancer au sein du programme « santé publique et prévention », puisque, cette politique mise à part, les crédits sont en quasi-stagnation (+ 2 % en crédits de paiement).

Les crédits de la mission « Santé » pour 2007

(en millions d'euros)

Programmes	Crédits de paiement
Santé publique et prévention	289,8
Offre de soins et qualité du système de soins	104,1
Drogue et toxicomanie	36,5
Total	430,6

Source : Direction générale de la santé

La mission « Santé » ne représente toutefois qu'une **part minoritaire de l'ensemble des moyens affectés par la nation à la politique de santé publique**. En effet, les dépenses fiscales qui concourent à la réalisation de ces actions représentent cinq fois ces crédits budgétaires et l'assurance maladie ainsi que certains opérateurs et collectivités territoriales financent l'essentiel des mesures.

Sur ce point, votre commission regrette le **peu de considération portée à l'assurance maladie**, réduite à payer, parfois seule, des actions décidées unilatéralement par l'Etat. C'est notamment le cas des nombreux plans de santé publique, dont l'Etat n'assure souvent que le pilotage et auxquels il ne verse que quelques subsides sans commune mesure avec l'ampleur des moyens alloués par la sécurité sociale. Sans remettre en cause la légitimité du rôle de l'assurance maladie pour le financement de la prise en charge sanitaire des pathologies, votre commission estime qu'elle doit être, à l'avenir, **mieux associée à la définition de ces plans**.

Par ailleurs, les frais de personnel demeurent imputés sur le programme « conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » de la mission « Solidarité et intégration », ce qui explique que les crédits de la mission « Santé » constituent, à plus de 70 %, des **moyens d'intervention**. Cet affichage est pourtant contraire à l'article 7 de la Lolf.

Votre commission demande donc que ces personnels soient à l'avenir intégrés dans la mission « Santé » pour une plus grande sincérité de la présentation du budget et que le ministère de la santé et des solidarités poursuive son effort en matière de **réduction des effectifs**, notamment dans certains services déconcentrés. En effet, en 2007, seuls cinquante emplois seront supprimés, soit une proportion infiniment plus faible que l'objectif gouvernemental de ne pas remplacer un départ en retraite sur deux.

I. LA LUTTE CONTRE LE CANCER, PRIORITÉ DU PROGRAMME « SANTÉ PUBLIQUE ET PRÉVENTION »

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

Il sera doté, en 2007, de **289,9 millions d'euros**, soit une augmentation de près de 20 % par rapport à 2006. Ces moyens seront inégalement répartis entre les **quatre actions** du programme : « pilotage de la politique de santé publique », « déterminants de santé », « pathologies à forte morbidité/mortalité » et « qualités de la vie et handicaps ».

La mise en œuvre du programme est placée sous la responsabilité de la direction générale de la santé, qui s'appuie, pour une large part, sur **deux opérateurs**, l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'institut national du cancer (INCa) financés sur le budget opérationnel de programme (Bop), mais aussi sur les **groupements régionaux de santé publique** (GRSP) subventionnés à partir des vingt-six Bop régionaux.

Les crédits du programme « santé publique et prévention » en 2007

Actions	Crédits de paiement (en euros)	Variation 2006/2005 (en %)
Pilotage de la politique de santé publique	31.349.485	+ 12,1
Déterminants de santé	31.386.314	+ 93,3
Pathologies à forte morbidité/mortalité	220.542.034	+ 15,1
Qualité de la vie et handicaps	6.610.885	+ 9,0
Total	289.888.718	+ 19,9

Source : Direction générale de la santé

Pour retranscrire plus parfaitement les crédits publics associés à cette politique, il convient toutefois d'ajouter à cette dotation :

- **60,5 millions d'euros de crédits de personnels** inscrits sur la mission « Solidarité et intégration » pour le financement de 1.028 emplois équivalents temps plein ;

- **680 millions de dépenses fiscales**, notamment l'exonération des indemnités et prestations servies aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles (500 millions d'euros en 2006) et l'exonération des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies « longues et coûteuses » (180 millions d'euros) ;

- enfin, la **participation de l'assurance maladie** aux plans de santé publique, *via* le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) et les budgets hospitaliers pour les mesures qui nécessitent le recours aux structures de soins.

En 2007, les efforts porteront essentiellement sur le financement de la troisième phase du plan Cancer, au détriment, parfois, des autres plans de santé publique définis par la loi du 9 août 2004.

A. ASSURER UN PILOTAGE EFFICACE DES MESURES MISES EN ŒUVRE

1. Les régions s'imposent comme maîtres d'œuvre de la politique de santé publique

Dans le prolongement des objectifs de gestion des politiques de santé fixés par la loi du 9 août 2004, **l'action « pilotage de la politique de santé publique » vise à structurer et à rationaliser les actions conduites**. A ce titre, elle recouvre l'ensemble des fonctions de direction de la politique de santé : la conception des lois et règlements, la détermination des objectifs de santé publique et le suivi des indicateurs associés, l'évaluation des plans de santé, la recherche et la formation.

Au niveau national, les partenaires de la DGS pour la mise en œuvre de ces missions sont le Haut conseil de la santé publique, l'Inpes, l'INCa, les ministères concernés (éducation nationale et travail, notamment), l'institut national de la santé et de la recherche (Inserm), l'institut national de veille sanitaire (InVS), l'agence nationale pour la recherche (ANR), les ordres et syndicats professionnels et les associations de malades.

La participation de ces dernières à la conception et à la mise en œuvre des politiques de santé publique revêt une importance particulière puisque l'accroissement de **l'implication des citoyens** dans ce domaine a été choisi comme premier objectif de performance du programme avec, comme indicateur, le taux de participation des associations aux instances dont elles sont membres, qui doit atteindre 70 %, hors instances hospitalières, en 2007.

Toutefois, c'est **le niveau régional qui émerge progressivement comme le pilote de la politique de santé** définie par l'Etat, en application de la loi du 9 août 2004.

Les instruments du pilotage régional de la politique de santé publique

- **Les conférences régionales de la santé (CRS)**

Pendants de la conférence nationale de la santé (CNS), les CRS regroupent notamment les collectivités territoriales, l'assurance maladie, les associations de malades et les professionnels de santé. Elles ont été installées en 2006 et sont chargées de la concertation préalable à l'établissement du plan régional de santé publique.

- **Les plans régionaux de santé publique (PRSP)**

Décidés par le préfet de région après avis de la CRS, ils visent à fixer les orientations de la politique régionale de santé dans les domaines couverts par les plans stratégiques nationaux (cancer, environnement, maladies rares, maladies chroniques, violence et santé) et à fédérer les opérateurs et les financeurs pour leur application. Ils devraient tous être définis à la fin de l'année 2006.

- **Les groupements régionaux de santé publique (GRSP)**

Il s'agit de GIP réunissant l'Etat, l'assurance maladie, l'ARH, l'Inpes, l'InVS, les collectivités territoriales et des personnalités qualifiées, chargés de décider du financement, du suivi et de l'évaluation de PRSP. Ils sont financés par l'Etat et par l'assurance maladie. Toutefois, seuls deux GRSP ont été constitués à ce jour, ce qui pèse, à n'en pas douter, sur l'application de la loi du 9 août 2004 sur le terrain.

- **Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps)**

Créés en 2000, ces programmes, destinés aux publics en difficulté, sont portés le plus souvent par des associations. Leur contenu est défini à partir d'une évaluation des besoins effectuée au niveau départemental. En 2007, les GRSP mettront en œuvre une nouvelle génération de Praps en cohérence avec les objectifs de chaque PRSP.

Au total, l'action « pilotage de la politique de santé publique » est dotée, pour 2007, de **31,4 millions d'euros, soit 10,8 % des crédits du programme**. Sur ce total, **7,1 millions d'euros** consistent en des **dépenses de fonctionnement**.

S'agissant des charges de service public, il est prévu, outre une **subvention de 4 millions d'euros à l'Inpes**, de verser 500.000 euros à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam). Depuis le 1^{er} janvier 2006, il assure en effet, pour le compte de l'Etat, l'indemnisation des accidents vaccinaux.

Les dépenses de fonctionnement courant (**2,6 millions d'euros**) sont consacrées, pour leur part, au financement des **structures de pilotage** de la politique de santé créées par la loi du 9 août 2004 : la CNS (100.000 euros), les CRS (520.000 euros) et le Haut conseil de santé publique (HCSP), dont 2007 constituera la première année pleine de fonctionnement (100.000 euros). En outre, 400.000 euros sont prévus pour permettre l'organisation des états généraux de la prévention et un million d'euros pour l'évaluation des PRSP et le développement des systèmes d'information des PRSP et des GRSP. Enfin,

210.000 euros sont réservés au fonctionnement de la DGS et 230.000 euros à des actions de communication.

Les **dépenses d'intervention (24,2 millions d'euros)** se partagent entre :

- le paiement des **frais de justice** dus par l'Etat pour des condamnations touchant le ministère de la santé (accidents vaccinaux antérieurs au 1^{er} janvier 2006, VIH infirmier, maladie de Creutzfeldt Jacob) pour **5,9 millions d'euros**. La progression de ces crédits, qui s'élevaient à 1,4 million d'euros en 2006, explique pour partie l'augmentation de la dotation de l'action (+ 12,1 %). En effet, les dépenses d'indemnisation doivent désormais être calculées en fonction de leur coût réel ;

- le **soutien aux associations d'usagers** (1,1 million d'euros) et de professionnels de santé (423.000 euros) ;

- le renforcement de la **territorialisation des politiques de santé publique**. Il s'agit du financement, pour 2,6 millions d'euros, de cent trente ateliers santé-ville et du soutien de l'Etat à l'association Elus santé publique et territoires, ainsi que des frais de fonctionnement des GRSP, dont une partie du personnel est mis à disposition par l'Etat (1,7 million d'euros). Ces crédits augmentent considérablement en 2007, signe de la priorité accordée au pilotage régional de la politique de santé publique ;

- le développement d'**études et de recherches** en santé publique pour 5,1 millions d'euros ;

- enfin, le **financement des Praps** pour un total de **7,3 millions d'euros**. Il s'agit essentiellement d'actions d'accompagnement des publics précaires pour l'ouverture des droits et l'accès aux soins, d'information et de formation des personnels sanitaires et sociaux, et d'éducation à la santé. Votre commission regrette la diminution de 2,7 millions d'euros de cette enveloppe, dans une période où l'accès aux soins des plus défavorisés est loin d'être convenablement assuré.

2. Deux opérateurs majeurs interviennent au niveau national

En 2007, le programme « santé publique et prévention » contribue pour **84,4 millions d'euros** au financement de deux opérateurs, l'Inpes et l'INCa, chargés respectivement des actions d'information et de prévention en matière de santé publique et de la mise en œuvre du plan Cancer. Ils bénéficient cette année d'un effort budgétaire sans précédent.

a) L'Inpes, bras armé de la politique de prévention

L'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 et placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il dépend de la DGS

pour la définition de ses orientations stratégiques et la gestion de ses questions administratives et budgétaires.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique en a précisé et renforcé les missions : il participe à la mise en œuvre des programmes de santé publique, est chargé d'un rôle d'expertise et de conseil en matière de **prévention et de promotion de la santé**, concourt au développement de l'éducation à la santé et intervient dans la gestion des crises sanitaires.

De fait, les actions menées par l'Inpes s'inscrivent majoritairement dans sa mission d'**accompagnement des plans de santé publique** (périnatalité, PNSE, PNNS, maladies rares et hépatites notamment). Elles visent, à ce titre, à prévenir les maladies infectieuses, à lutter contre les consommations à risque, à réduire le nombre d'accidents de la vie courante, à promouvoir une alimentation saine et à informer sur les maladies chroniques. Chaque programme fait l'objet d'études, d'actions de communication et d'une diffusion de documents informatifs à destination du grand public, de la presse et des professionnels de santé.

Outre ces actions de prévention et de promotion de la santé, deux grandes orientations ont été privilégiées en 2006 : la participation de l'Inpes à la mise en œuvre des PRSP et à la création des GRSP, ainsi que l'établissement de programmes de formation à l'éducation à la santé.

Les activités de l'établissement expliquent la nature de ses dépenses qui, outre les frais de personnel qui mobilisent environ 10 % de ses moyens, sont presque exclusivement constituées de **dépenses de fonctionnement**. L'achat d'espaces publicitaires représente ainsi plus de 35 % du budget (il faut compter un million d'euros pour une campagne radiophonique et 4 à 5 millions d'euros pour une campagne télévisée), les subventions et appels à projets 12 %, les publications 12 %, la téléphonie santé 10 % et les études 4 %.

Pour mener à bien ses missions, l'Inpes dispose chaque année d'un **budget d'environ 115 millions d'euros**. Les recettes de l'établissement sont constituées d'une subvention de l'Etat (29,8 millions d'euros en 2006) et de l'assurance maladie (66 millions d'euros). Par ailleurs, l'établissement a bénéficié, en 2006, d'une dotation spécifique de 6,5 millions d'euros pour les missions de sécurité sanitaire (prévention de la grippe aviaire et de la canicule notamment) et son fonds de roulement a été prélevé à hauteur de 13,6 millions d'euros.

En revanche, la contribution de la CNSA (3 millions d'euros) au financement du dispositif de prévention des maladies chroniques et liées au vieillissement n'a pas été versée, en l'absence de conclusion de la convention prévue. De même, l'Inpes n'a pu bénéficier du produit de la taxe applicable aux publicités sur les aliments et les boissons sucrées créée par l'article 29 de la loi de santé publique, le décret n'étant pas paru à ce jour.

Pour 2007, le budget de l'Inpes devrait être, selon les déclarations de sa direction, **sensiblement supérieur à celui de 2006 (121,6 millions d'euros)**. Votre commission regrette toutefois de ne pouvoir disposer, à la date de la présentation des crédits de la mission « Santé », des chiffres exacts concernant les moyens dont disposera l'établissement.

Seuls sont aujourd'hui connus le montant de la contribution de l'assurance maladie, qui s'établit chaque année à 66 millions d'euros jusqu'en 2009, aux termes de la convention d'objectifs et de gestion signée avec l'Etat, et celui de la subvention du ministère de la santé et des solidarités, en légère augmentation avec **23,8 millions d'euros**, répartis sur les quatre actions du programme « santé publique et prévention ». Le fonds de roulement, soit 25 millions d'euros en 2006, devrait à nouveau être mobilisé à hauteur de 14 millions d'euros.

**La répartition de la subvention de l'Inpes
sur le programme « santé publique et prévention » en 2007**

(en millions d'euros)

Actions	Crédits
Pilotage de la politique de santé publique	4
Déterminants de santé	10,4
Pathologies à forte mortalité/morbidité	7
Qualité de vie et handicap	2,4
Total	23,8

Source : Direction générale de la santé

Ces crédits devraient permettre la création de **cinq emplois supplémentaires** destinés notamment à la gestion des crises sanitaires et à la représentation de l'Inpes dans les instances institutionnelles des GRSP, ce qui portera les effectifs de l'institut à 140 emplois équivalents temps plein. Des actions de prévention seront également menées dans le cadre du PNSE (sensibilisation sur la qualité de l'air intérieur et prévention des accidents de la vie courante), du plan périnatalité (campagne d'information sur la contraception) et du plan hépatites (lancement d'une campagne radiophonique et diffusion d'un dépliant d'information).

Par ailleurs, le système de **téléphonie santé**, géré aujourd'hui par des associations en grandes difficultés financières, devrait faire l'objet d'une réforme dont le coût est estimé à un million d'euros. Il s'agit de les regrouper en une plate-forme commune, conformément aux préconisations de l'Igas dans ce domaine¹.

¹ Etat des lieux et synergie de la communication publique aux usagers en matière de santé et d'offre de soins. Igas. Avril 2005.

Votre commission souhaite que l'Inpes bénéficie également des crédits promis par la CNSA, grâce à la signature rapide d'une convention entre les deux parties, et d'une **reconduction de l'enveloppe destinée à la gestion des crises sanitaires** sur le programme « veille et sécurité sanitaire » de la mission « Sécurité sanitaire ». En effet, il lui semble utile que l'Inpes reste mobilisé pour la prévention des urgences sanitaires (pandémie grippale, dengue, chikungunya, risques liés au grand froid, etc.).

En outre, elle demande la **création rapide de la taxe sur les produits sucrés** même si, comme le ministre de la santé, Xavier Bertrand, elle considère que l'objectif n'est pas d'en tirer un rendement élevé mais bien que les industriels lui préfèrent un message de prévention. Le projet de décret, validé au début de l'été par le Conseil d'Etat, devrait être signé à la fin de l'année pour une application en février 2007.

b) L'INCa, coordonnateur de la lutte contre le cancer

• **Des débuts critiqués**

Institué par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, l'INCa assure une mission générale **de coordination des actions de lutte contre le cancer**. Il est notamment chargé de la définition de référentiels de bonnes pratiques en cancérologie et de critères d'agrément des établissements de santé dans ce domaine, de l'information des professionnels et du public et du développement de l'effort de recherche sur le cancer. Il a été choisi de donner à cette structure le **statut de GIP** pour répondre aux exigences de coordination, d'autonomie, d'efficacité et de souplesse imposées par ses missions, tout en garantissant la transparence de l'utilisation des fonds publics.

Sa mise en place s'est faite par **étapes au cours de l'année 2005**. Dans un premier temps, un GIP de préfiguration a été constitué entre l'Etat et la Caisse des dépôts et consignations pour une durée d'un an à compter de l'arrêté interministériel du 7 juillet 2004, afin de préparer les dispositions juridiques, financières et logistiques du futur institut et d'en assurer temporairement les missions.

La convention constitutive du 30 mai 2005 signée entre les différents partenaires de la lutte contre le cancer - ministères de la recherche et de la santé, Inserm, CNRS, Cnam, MSA, ligue nationale contre le cancer, associations pour la recherche sur le cancer, fédération hospitalière de France, fédération de l'hospitalisation privée, fédération nationale des centres de lutte contre le cancer et fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif - a été approuvée par l'arrêté du 22 juin 2005. Au cours de l'été, ont ensuite été désignés les membres du conseil d'administration et du conseil scientifique, ainsi que l'équipe dirigeante.

L'INCa a démarré ainsi son activité dans la seconde moitié de l'année 2005, grâce à une dotation de 70,2 millions d'euros, apportée par moitié par le ministère de la recherche et le ministère de la santé.

En 2006, l'institut a bénéficié de 90 millions d'euros, dont 45,2 millions d'euros de subvention du ministère de la santé, qui lui ont permis de poursuivre sa montée en charge. Celle-ci n'a toutefois pas été exempte de critiques, s'agissant notamment de la **gestion des personnels de l'institut et de ses coûts de fonctionnement**, qui ont amené les pouvoirs publics à intervenir.

Le fonctionnement de l'INCa a en effet été mis en cause dès le mois de mars 2006 par plusieurs cancérologues, notamment notre ancien collègue Claude Huriet, président de l'institut Curie. À la suite de ces accusations largement médiatisées, un **audit** du conseil général économique et financier de Bercy a été lancé. Dans les conclusions rendues en juin dernier, il apparaît notamment que *« la croissance considérable des effectifs, passant de 17 équivalents temps plein en décembre 2004 à 140 en décembre 2005, privilégiait les **contrats de droit privé** plus que les mises à disposition, en disponibilité ou détachements habituels dans les services de l'État »*.

Suivant la principale recommandation de cet audit - *« modifier l'organisation des instances de l'INCa »* - son président, David Khayat, a présenté sa démission le 1^{er} août et a été remplacé par Dominique Maraninchi, président du conseil scientifique. Une nouvelle feuille de route a également été fixée pour effectuer les ajustements nécessaires au bon fonctionnement de l'institut.

• **Le retour de la confiance et de la bonne gestion**

C'est donc sur des bases assainies que l'INCa poursuivra sa mission en 2007 en accompagnant la troisième phase du plan Cancer. Il s'agit notamment de mettre en œuvre la **convention signée le 12 juillet 2006 avec la DGS en matière de dépistage**. Sont prévues dans ce cadre : la généralisation à l'ensemble du territoire national des dépistages des cancers du sein et du colon, l'augmentation de la participation des personnes invitées au dépistage de ces cancers, l'amélioration de la qualité du dépistage organisé et la réduction des inégalités d'accès au dépistage.

Par ailleurs, l'INCa 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 émis par son département « amélioration de la qualité des soins et accès aux innovations ». Un fonds de valorisation devrait notamment être créé pour soutenir les pré-développements (épreuves de concept) et les développements cliniques. Il permettra une meilleure gestion des appels d'offres, auxquels sont consacrés 80 % des dépenses de l'INCa.

Enfin, l'accent sera mis sur la **certification des établissements de santé** autorisés à soigner les cancers. Les critères du décret, qui sera publié à la fin de l'année, ont été fixés par l'INCa. Les établissements disposeront toutefois d'un délai de trois ans pour se mettre à niveau.

De fait, l'INCa bénéficiera l'année prochaine d'un effort budgétaire considérable. La subvention de l'Etat atteindra ainsi **97,7 millions d'euros**, dont **50,7 millions en provenance du ministère de la santé** sur l'action « pathologies à forte morbidité/mortalité » du programme, soit une augmentation de 11,8 % de sa participation. *A contrario*, le ministère de la recherche n'est pas mobilisé à hauteur des engagements pris dans la convention constitutive du GIP, qui s'élèvent à 50 millions d'euros annuels prélevés sur les crédits de l'agence nationale de la recherche (ANR). Cette situation est d'autant plus préoccupante que l'ANR n'a versé en 2006 que 40 % des fonds prévus, au motif des difficultés de gestion de l'institut. Votre commission s'inquiète également de l'avenir de cette dotation dans la mesure où elle sera désormais votée par le conseil d'administration de l'ANR, qui est devenue un GIP.

Ces moyens seront complétés par une subvention de 3,6 millions d'euros de l'assurance maladie et par le report des fonds immobilisés depuis 2005 pour la construction du siège de l'institut sur l'île Seguin (9,4 millions d'euros). Votre commission approuve, à cet égard, la révision à la baisse des ambitions immobilières de l'INCa, dont le nouveau siège devrait être ramené de 8.000 à 6.000 m², pour un coût de 8 millions d'euros.

L'année 2007 verra enfin une **stabilisation des effectifs** de l'INCa à **262 emplois** équivalents temps plein. Dans ce domaine, les contrats de certains personnels seront modifiés afin que l'institut ne soit plus employeur à la place d'opérateurs qui ont les moyens de financer leurs agents. 73 personnes travaillant pour l'Inserm, le CNRS et les cancérôles sont en effet aujourd'hui rémunérés par l'INCa.

B. AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

L'action « déterminants de santé » - **fixés à six** par le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique : le tabac, l'alcool, les traumatismes par accidents et violences, la toxicomanie, la nutrition et l'environnement - rassemble les **politiques d'information et d'éducation sur les risques de santé « évitables »**, car liés à des comportements ou à un environnement à risque. L'Inpes, la Mildt, la Cnam, les professionnels de santé, mais aussi les associations de prévention et de lutte contre les conduites addictives sont associés à leur mise en œuvre.

Cette action est dotée, **en 2007, de 31,4 millions d'euros**, soit une progression de 93,9 % par rapport à 2006. Cette hausse est toutefois trompeuse, dans la mesure où elle ne traduit qu'un **retour à la situation du projet initial de loi de finances pour 2006**, avant le transfert opéré par le Parlement des crédits du plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool sur le programme « drogues et toxicomanie ».

En réalité, hormis la subvention à l'Inpes qui progresse de manière non négligeable (28,8 %, soit 10,4 millions d'euros), **l'essentiel des crédits d'intervention diminue sensiblement** et ne représente plus que **10,8 % des moyens** du programme « santé publique et prévention ».

1. L'Etat ne doit pas se désengager de la lutte contre les pratiques à risque

La principale diminution des crédits de l'action affecte le **plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool**, qui recouvre la majorité des actions menées contre ces trois risques sanitaires pour la période 2004-2008, une partie étant intégrée au plan Cancer. Pourtant, la réduction des consommations à risque constitue l'un des objectifs de performance du programme.

a) L'alcoolisme, un fléau français

Si la consommation d'alcool diminue régulièrement depuis plusieurs décennies, parallèlement à la mise en œuvre des premières actions de prévention à partir des années 50, son niveau global élevé demeure une caractéristique française. La France se situe aujourd'hui au sixième rang mondial pour la consommation par habitant - elle était encore en tête en 1960 - mais la **consommation addictive** (supérieure à trois verres par jour pour les hommes et à deux pour les femmes, selon l'OMS) touche encore **18 % des hommes et 6 % des femmes**. Les décès liés à l'alcool (cirrhoses du foie, cancers des voies aérodigestives supérieures, accidents de la route) s'élèvent à 45.000 par an. De fait, en France, la surmortalité masculine liée à l'alcool est de 30 % supérieure à la moyenne européenne.

Dans ce domaine, le plan quinquennal fixe **deux objectifs** : ramener les consommations régulières aux seuils définis par l'OMS et faire évoluer et respecter la législation.

Sur ce dernier point, votre commission appelle de ses vœux une **parution rapide de l'arrêté relatif au pictogramme de prévention pour les femmes enceintes** qui doit être apposé sur les conditionnements d'alcool, conformément à la disposition votée à l'initiative de notre collègue Anne-Marie Payet dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. On rappellera, à cet égard, que près de 2.000 enfants sont victimes chaque année du syndrome d'alcoolisation fœtale.

En 2007, outre la participation de l'Inpes aux campagnes d'information, **2,1 millions d'euros** permettront de subventionner sept associations de lutte contre l'alcoolisme. Cette dotation, dont la progression marque le pas pour la première fois depuis le lancement du plan, paraît bien faible à votre commission au regard des enjeux. De fait, **c'est essentiellement sur l'assurance maladie que pèse le coût en cette politique** : en 2007, les

centres de cure ambulatoire en addictologie (CCAA), dont l'Etat s'est désengagé, lui coûteront ainsi 68 millions d'euros.

b) Les premiers succès des mesures anti-tabac

Pour ce qui concerne la lutte contre le tabagisme, le plan vise à atteindre les objectifs fixés par la loi relative à la politique de santé publique : abaisser la prévalence du tabagisme de 33 % à 25 % chez les hommes et de 26 % à 20 % chez les femmes d'ici à 2008 et réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires, les lieux de loisirs et l'environnement professionnel.

Si le tabac constitue toujours la **première cause de mortalité évitable**, avec 66.000 décès par an, dont 5.000 personnes qui ne fument pas, les résultats des politiques menées à ce jour sont encourageants. Ainsi, le baromètre santé 2005 récemment présenté par l'Inpes établit à **30 % la proportion de fumeurs chez les 12-75 ans** contre 33 % en 2000, cette diminution étant particulièrement notable chez les jeunes et les femmes, populations les plus visées par les campagnes de prévention.

Cette baisse serait essentiellement due aux **mesures fiscales** mises en œuvre, notamment s'agissant de la consommation des adolescents. Les ventes de cigarettes ont ainsi chuté de près de 25 % depuis 2003. Parallèlement, les ventes de médicaments pour l'aide à l'arrêt du tabac ont augmenté de moitié et une progression du nombre de consultations de tabacologie a été observée.

Les **restrictions réglementaires** à venir, notamment l'interdiction de fumer dans les lieux publics à compter du 1^{er} février 2007 (décret paru le 16 novembre 2006), à laquelle votre commission est très favorable, devraient permettre de confirmer cette évolution positive.

Au regard des ambitions affichés de la politique de lutte contre le tabagisme en matière fiscale et réglementaire, **les crédits d'intervention directe de l'Etat paraissent bien modestes**. De fait, depuis 2005, le plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool s'est quelque peu détourné du financement de mesures anti-tabagiques au profit de la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie.

900.000 euros seront ainsi consacrés en 2007 au subventionnement de quatre associations, qui œuvrent respectivement en direction des jeunes et des femmes enceintes, au niveau européen et dans le domaine de l'amélioration des connaissances. Des expertises seront également financées sur la composition du tabac et l'évaluation des risques liés aux produits du tabac sans fumée.

c) Le volet sanitaire de la lutte contre la toxicomanie

Enfin, le volet du plan consacré à la lutte contre la toxicomanie est doté de **11,3 millions d'euros**, soit près de 15 % de moins que la dotation initiale demandée en 2006. Cette dotation a vocation à financer des actions de

prévention et de prise en charge des toxicomanes, ainsi que de réduction des risques.

Ainsi, 92 % de ces crédits (**9,8 millions d'euros**) sont destinés au **soutien des structures locales de prévention et de lutte contre la toxicomanie** (réseaux toxicomanie-ville-hôpital, structures d'accueil pour toxicomanes en situation précaire, unités pour les personnes sortant de prison, ateliers d'aide à l'insertion et équipes mobiles de proximité) et au programme d'échange de seringues. Il est également prévu de financer, sur cette enveloppe, cinq associations têtes de réseaux sur la réduction des risques et deux associations œuvrant contre la toxicomanie. Les crédits restants (1,5 million d'euros) sont consacrés à la mise à disposition de matériel d'injection stérile.

2. La politique de prévention de l'obésité se poursuit

Axé sur la prévention primaire, le dépistage et la prise en charge précoce des personnes en surpoids, le premier programme national nutrition-santé (PNNS), lancé en 2001, s'est achevé à la fin de l'année 2005 sur un **bilan en demi-teinte**.

En effet, ce programme a bien permis une **prise de conscience par les politiques et le grand public** des risques liés à une alimentation trop riche, au travers notamment de plusieurs campagnes de communication lancées par l'Inpes. Mais il n'a pas, à ce stade, atteint l'objectif affiché de réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes et d'interrompre l'augmentation de celle des enfants.

En effet, comme l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps) s'en est fait l'écho lors de récents travaux¹, les problèmes de surpoids sont en constante augmentation. Selon la dernière enquête Obépi (obésité épidémiologie) rendue publique le 19 septembre, **l'obésité touche désormais 12,4 % des personnes de plus de quinze ans**, contre 11,3 % en 2003 et 8,2 % en 1997. Au total, la France compterait près de 6 millions de personnes obèses, appartenant majoritairement aux catégories les plus défavorisées de la population. Toutefois, il semblerait que le rythme de progression de la prévalence de cette maladie tende à diminuer, même s'il est encore trop tôt pour parler d'un infléchissement durable.

Face à ce constat, le Gouvernement s'est engagé au mois de septembre dans la mise en œuvre d'un **second PNNS pour la période 2006-2010**.

¹ Gérard Dériot « Obésité : comprendre, prévenir, aider ». Opeps, rapport n° 8 (2004-2005) Sénat et n° 2557 Assemblée nationale.

Les priorités du PNNS 2

- la prévention et l'éducation à la santé ;
- 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 et des personnes en situation de précarité ;
- la promotion renforcée des actions locales en faveur d'un meilleur comportement nutritionnel.

Outre la contribution annuelle de l'assurance maladie, qui s'établit à environ 5 millions d'euros, et les crédits de l'Inpes consacrés aux campagnes sur l'alimentation, **le PNNS 2 dispose, pour 2007, de 3 millions d'euros**, soit une légère diminution par rapport à la subvention allouée en 2006.

800.000 euros seront ainsi consacrés par l'administration centrale à la poursuite des actions engagées dans le cadre du précédent programme et au développement de nouveaux projets (plan plurirégional Antilles-Guyane, 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 OMS et écomaires). En outre, les services déconcentrés bénéficieront de 2,2 millions d'euros pour développer des actions dans le cadre des PRSP.

Votre commission se réjouit de la poursuite de la mobilisation des pouvoirs publics dans ce domaine, même si elle estime que **les crédits qui sont consacrés à cette politique sont encore insuffisants au regard des objectifs affichés.**

3. Le plan national de santé environnementale ne bénéficie pas de moyens suffisants

Le PNSE a été lancé le 21 juin 2004 pour la période 2004-2008. Il est piloté par les ministères de l'environnement, de la santé, du travail et de la recherche et poursuit trois objectifs prioritaires : garantir un air et une eau de bonne qualité, prévenir les pathologies d'origine environnementale, notamment les cancers, mieux informer le public et protéger les populations sensibles (enfants, femmes enceintes et personnes âgées). Il s'est accompagné de la mise en place de **l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset)**, qui dispose de missions plus larges que l'ancienne l'Afsse, et du renforcement de l'institut de veille sanitaire (InVS) dans le domaine de la santé au travail.

Ce plan a bénéficié d'**une montée en charge satisfaisante**. Ainsi, au terme de sa première année d'existence, des avancées avaient été obtenues pour la moitié des quarante-cinq actions définies avec le recensement de l'ensemble des tours aérorefrigérantes dans le cadre de la prévention de la légionellose, l'instauration de la gratuité des examens pour favoriser le dépistage du saturnisme chez l'enfant et la femme enceinte et le lancement d'un programme d'action pour réduire les émissions aériennes de substances toxiques. Ces progrès ont été confirmés en 2006.

A ces actions est d'ailleurs attaché l'un des cinq objectifs de performance du programme, « réduire l'exposition des populations à certains risques environnementaux ». Deux indicateurs y sont associés : le rendement du dépistage du saturnisme chez les enfants, dont la surveillance est assurée par l'InVS, et le nombre d'intoxications au monoxyde de carbone, qui doit diminuer de 20 % d'ici à 2008.

En 2007, la participation du ministère de la santé et des solidarités au PNSE s'établira à **1,7 million d'euros**, soit 15,7 % de moins qu'en 2006. Ces crédits sont destinés aux régions pour :

- effectuer un contrôle des risques de saturnisme dans les locaux à risque ayant fait l'objet d'un signalement (355.000 euros) ;
- permettre le recours à des professionnels (chauffagistes notamment), pour évaluer les risques liés au monoxyde de carbone (400.000 euros) ;
- assurer la maintenance du matériel sonométrique utilisé pour contrôler les atteintes auditives dans les discothèques et les rassemblements festifs (60.000 euros) ;
- financer la réalisation d'actions de prévention contre le saturnisme, les intoxications au monoxyde de carbone et les risques sanitaires environnementaux (900.000 euros).

Votre commission s'étonne du **relatif désengagement de la DGS** sur ces actions, à deux ans de l'échéance du PNSE, qui oblige les autres partenaires à intensifier leurs efforts. Le programme « veille et sécurité sanitaire » de la mission « Sécurité sanitaire », qui finance notamment l'InVS, l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) et une partie de l'Afssset, y participera ainsi en 2007 à hauteur de 13,6 millions d'euros.

4. Le plan « violence et santé » peine à voir le jour

Le plan national pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives figurent parmi les mesures prévues par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Sa création répond aux recommandations formulées par l'OMS dans son rapport sur la violence et la santé, qui constate que **le coût de la violence est considérable** du fait des répercussions sur la santé des victimes et de leur

prise en charge par les établissements de santé, et qui invite les Etats à élaborer et mettre en œuvre un plan d'action national pour la prévention de la violence.

Pourtant, alors qu'il aurait dû être mis en œuvre à partir du début de l'année 2006, aux termes du projet annuel de performance de la loi de finances pour 2006, votre commission ne peut que constater que **ce plan n'est pas encore entré en vigueur à ce jour.**

Seules quelques actions ont été menées depuis 2005, qui tiennent plus du saupoudrage que d'une stratégie d'envergure pour prévenir la violence.

Ainsi, en 2005, 3,2 millions d'euros ont été répartis entre la DGS et les services déconcentrés pour le financement d'études et d'expertises, la prévention des troubles de l'attachement précoce et de la maltraitance et la diffusion d'outils de « bientraitance » aux personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). En 2006, des actions de prévention, d'information et de recherche ont bénéficié de 3,5 millions d'euros.

Sans s'engager sur le lancement effectif du plan « violence et santé » en 2007, les documents budgétaires font état de la poursuite de quelques actions dans ce domaine, notamment dans le cadre des PRSP, pour un total de **1,8 million d'euros, soit une diminution de 48 %** des moyens affectés à ce poste.

Ces crédits seront majoritairement utilisés pour des actions locales expérimentales sur les réseaux de prise en charge des victimes (730.000 euros), la formation des professionnels et l'information du public (145.000 euros). En outre, 498.000 euros seront destinés, au niveau national, au financement de recherches sur des problématiques variées (lien entre alcool et violence, rôle des médias dans la genèse de la violence, violences subies par les personnes atteintes de maladies mentales, etc.), l'élaboration de référentiels sur les pratiques de « bientraitance », la prise en charge des mutilations sexuelles féminines et le soutien à la parentalité. Enfin, 505.800 euros seront affectés à l'achat de kits de prélèvement sanguins par les forces de l'ordre.

Si votre commission approuve l'esprit des actions menées dans ce domaine, elle regrette l'**absence d'un cadre cohérent** et souhaite la définition d'axes clairs de travail dans le cadre d'un plan pluriannuel de lutte contre la violence.

C. DIMINUER LA PRÉVALENCE DES PATHOLOGIES À FORTE MORBIDITÉ/MORTALITÉ

L'action « pathologies à forte morbidité/mortalité » constitue le cœur du programme « santé publique et prévention » et rassemble, à ce titre 76,1 % de ses crédits, soit au total **plus de la moitié des moyens alloués à la mission « Santé »**.

Elle constitue, en effet, l'outil budgétaire de mise en œuvre des principaux **plans stratégiques de santé publique** consacrés à des priorités sanitaires identifiées : le cancer, de loin le plan le plus abouti et le mieux doté, la santé mentale, les maladies rares, les maladies cardio-vasculaire et infectieuses, ainsi que les mesures prises dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida et les infections sexuellement transmissibles.

Avec **220,5 millions d'euros en 2007**, elle bénéficie d'une augmentation de 15 % de ses crédits, qui sera essentiellement fléchée vers le **plan Cancer**. Si votre commission soutient l'effort des pouvoirs publics pour vaincre ce fléau de santé, elle s'inquiète des conséquences de cette mobilisation sur les autres pathologies, qui apparaissent quelque peu négligées.

L'Inpes, l'INCa, mais aussi l'agence nationale de recherche contre le Sida (ANRS), le conseil national du Sida (CNS) et diverses associations nationales contribuent à la mise en œuvre de cette action. **57,6 millions d'euros** seront en conséquence versés aux principaux opérateurs : 50,6 millions d'euros à l'INCa et 7 millions d'euros à l'Inpes.

1. La lutte contre le cancer, une priorité absolue

De toutes les pathologies, le cancer est de loin la maladie la plus meurtrière dans notre pays : c'est, depuis 1989, la première cause de mortalité chez les hommes (32 % des décès) et la deuxième chez les femmes (23 % des décès). Le besoin d'une mobilisation nationale s'est donc imposé avec, pour objectif, de **développer le dépistage précoce et d'améliorer la prise en charge des malades** pour diminuer le nombre de décès.

L'année 2007 constitue la dernière étape du plan de lutte contre le cancer, chantier présidentiel annoncé en 2002 et engagé en 2003. Il comporte soixante-dix mesures relatives à tous les aspects de la lutte contre la maladie : la prévention des facteurs de risque (tabac, alcool, facteurs environnementaux), le développement du dépistage, la mise en œuvre du programme thérapeutique individuel, le renforcement de l'accompagnement, l'amélioration de la formation des professionnels et le soutien de la recherche. Les objectifs sont ambitieux et **les premiers résultats semblent encourageants**.

Un premier bilan du plan Cancer

• La prévention

Dans le domaine de la prévention, **les comportements commencent à changer**. Le plan Cancer a permis de diminuer de façon spectaculaire la première cause de mortalité évitable par cancer, le tabagisme, avec 1,4 million de fumeurs en moins. Dans les domaines de la nutrition ou de la consommation excessive d'alcool, les actions et campagnes d'information ont apporté au public des repères précis et généralement bien compris sur les comportements favorables à la santé.

L'InVS a également renforcé la surveillance des facteurs de risques et a engagé d'importantes études pour mieux comprendre et prévenir les cancers professionnels.

• Le dépistage

L'importante mobilisation qui, en 2004, a permis de généraliser l'offre de dépistage du cancer du sein à toutes les femmes de cinquante à soixante-quatorze ans, s'est poursuivie pour le cancer colorectal, qui peut être guéri s'il est détecté à un stade très précoce.

L'accès à l'oncogénétique qui permet d'identifier les personnes à risques a également été amélioré : il existe aujourd'hui quatre-vingt-quatorze sites de consultations répartis sur tout le territoire.

• L'accès aux soins et aux innovations

Chaque patient se voit désormais proposer un **programme personnalisé de soins** qui prend en compte ses besoins sanitaires mais aussi d'accompagnement social.

Le plan Cancer a permis de renforcer le **traitement de la douleur** avec la mise en place d'au moins une consultation dans chaque département, la création de 127 postes de psycho-oncologues et l'amélioration de l'accès aux soins palliatifs, y compris à domicile.

Pour garantir la sécurité, la qualité et la continuité des soins, des structures de coordination ont été mises en place au sein des établissements (centre de coordination en cancérologie), entre établissements de recours (pôle régional de cancérologie), entre les acteurs de la prise en charge, hospitaliers et libéraux (réseaux de cancérologie). Des outils pour faciliter le **travail en réseau** se mettent en place comme le dossier communicant en cancérologie. Par ailleurs, l'INCa achève de définir les critères de qualité auxquels les établissements devront satisfaire pour être autorisés à traiter les malades atteints de cancer.

Les équipements diagnostiques et thérapeutiques ont également été modernisés et développés : le parc d'imagerie par résonance magnétique (IRM) a augmenté de 38 % entre décembre 2003 et octobre 2005, celui des scanners de 14,25 %, le nombre de tomographes à émission de positons (TEP) installés est passé de 24 à 54. L'INCa appuie en outre le développement de nouvelles techniques innovantes en radiothérapie, comme la tomothérapie et les techniques de radiothérapie en conditions stéréotaxiques.

Le plan Cancer a enfin apporté aux établissements de soins des moyens nouveaux pour recruter des personnels médicaux et paramédicaux. En 2004 et 2005, plus de 1.300 personnels supplémentaires ont ainsi été recrutés, dont 250 médecins et plus de 300 infirmiers et aides-soignants.

• **L'optimisation des formations**

Le plan Cancer prévoit le **renforcement de la cancérologie** à tous les niveaux de la formation des médecins et vise à rendre plus attractive la formation des futurs spécialistes. Le nombre d'internes dans les filières radiothérapie et oncologie médicale a ainsi augmenté de 30 % entre 2003 et 2005. Entre 2004 et 2006, plus de quarante postes de professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférence des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) ont été créés ainsi que vingt-deux postes de chef de clinique assistant dans les services de cancérologie.

Par ailleurs, le renforcement de la formation continue des médecins généralistes dans le domaine de la cancérologie est en cours de préparation et une démarche pédagogique autour du dispositif d'annonce est engagée pour les différents professionnels concernés.

• **L'accompagnement social**

L'accès à l'information a été facilité grâce à la création de kiosques « accueil cancer » dans les villes, d'espaces rencontre information dans les établissements de soins et d'un numéro « cancer info service » proposé par la Ligue nationale contre le cancer.

De nombreuses études en sciences humaines et sociales ont, par ailleurs, été lancées pour permettre d'améliorer la vie des patients et de leurs proches et des avancées ont été apportées à la convention Belorgey pour l'accès aux emprunts bancaires et aux assurances.

Le retour à l'emploi après ou pendant un cancer figure également au rang des priorités de l'INCa : un appel à projets de recherche pluridisciplinaire a ainsi été lancé en juin 2006 sur le thème « cancer et accès/maintien/retour à l'emploi ».

• **La recherche**

Dès 2003, la structuration de **sept cancéropôles**, couvrant l'ensemble du territoire, a permis de mettre en place une nouvelle **approche interdisciplinaire** de la recherche sur le cancer. Un premier appel d'offres en 2004 a permis de financer trente-deux projets. En 2005 puis en 2006, l'INCa a lancé plusieurs appels à propositions et a constitué deux réseaux de recherche nationaux sur le cancer du poumon et le cancer du rein. Des actions de partenariat ont également été engagées avec de grands organismes français et européens.

Pour atteindre l'objectif d'un taux de 10 % de patients inclus dans des **essais cliniques**, l'INCa a mis en place vingt-huit groupes d'études cliniques pour recenser tous les essais ouverts en France, sélectionner ceux qui seront soutenus par l'institut et en engager dans les domaines où il n'en existe pas. Des équipes mobiles de recherche clinique (170 personnes fin 2006) sont en outre constituées dans chaque cancéropôle.

Les moyens alloués par l'Etat à la lutte contre le cancer sont en constante augmentation depuis le lancement du plan. Ils se sont élevés à 5 millions d'euros en 2002, 41,1 millions d'euros en 2003, 49,7 millions d'euros en 2004, 74,5 millions d'euros en 2005, avec la création de l'INCa, et 96,5 millions d'euros en 2006.

En 2007, cette participation culminera à 113,5 millions d'euros, dont 50,6 millions pour la subvention de l'INCa. Les crédits restants seront répartis comme suit :

- **40 millions d'euros pour les structures de dépistage du cancer du sein et à l'expérimentation pour le cancer colorectal.** Cette enveloppe ne s'établissait qu'à 24 millions d'euros en 2006. Son augmentation considérable s'explique par l'extension du dépistage du cancer colorectal à la moitié des départements, en partenariat avec l'assurance maladie et les conseils généraux qui ont conservé cette compétence. L'amélioration du dépistage fait d'ailleurs partie des objectifs du programme « santé publique et prévention » ;

- 9,3 millions d'euros pour l'expérimentation du maintien à domicile des malades, de la lutte contre la douleur et des soins palliatifs dans trois départements ;

- 7,6 millions d'euros pour conduire, dans le cadre des GRSP, des actions de prévention, d'information et de soutien aux associations ;

- 3,4 millions d'euros pour des actions de lutte contre l'alcool et le tabac (financement d'associations, subvention à l'OMS, diffusion du repérage précoce et de l'intervention brève pour l'alcool) ;

- 1,5 million d'euros pour des études et expérimentations relatives aux liens entre nutrition et cancer ;

- 1 million d'euros enfin pour le financement du programme Spirale concernant les conséquences de l'exposition à l'amiante et aux poussières de bois. Il sera étendu à cinquante départements en 2007.

Votre commission salue l'aboutissement de l'effort sans précédent engagé contre le cancer et souhaite qu'il se poursuive, sous l'égide de l'INCa, au-delà de 2007.

2. Les infections transmissibles, un danger qui demeure

a) Des actions ciblées contre le VIH

Après un relatif succès des politiques de prévention dans les années 90, l'apparition de nouveaux cas de Sida en nombre non négligeable chez les populations à risque constitue depuis quelques années une source d'inquiétude pour les professionnels de santé et les associations qui oeuvrent dans ce domaine.

Selon les représentants de l'agence nationale de recherche sur le Sida (ANRS) et du conseil national du Sida (CNS), reçus par votre rapporteur, **la situation est particulièrement préoccupante pour deux catégories de personnes : pour les homosexuels** car plus de 2.000 cas ont été découverts depuis la mise en place de la notification obligatoire et anonyme en 2003, soit 28 % de l'ensemble des nouveaux cas. L'augmentation de ce taux entre le premier semestre 2003 et le premier semestre 2005 est le signe d'une

recrudescence des comportements à risque ; pour les migrants originaires d'Afrique sub-saharienne, qui se caractérisent par un accès tardif aux soins et une situation sociale précaire et qui représentent désormais plus du quart des malades, contre moins de 15 % en 1998.

En l'absence de vaccin et de traitement éradiquant l'infection, la politique de lutte contre le VIH/Sida vise à réduire sa transmission et à optimiser la prise en charge des malades et des personnes séropositives. Dans cette optique, le **programme national 2005-2008**, élaboré en lien avec les professionnels de santé et les partenaires associatifs, a pris, en 2005, la relève du plan précédent mis en œuvre en 2001.

Les objectifs du programme de lutte contre le VIH/Sida 2005-2008

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

Ces moyens d'action laissent espérer que l'on puisse atteindre l'objectif ambitieux fixé par la loi du 9 août 2004 : **réduire de 20 % l'incidence des cas de Sida en cinq ans.**

En 2007, 36,3 millions d'euros seront consacrés par le ministère de la santé à la lutte contre le VIH/Sida, soit une dotation équivalente à celle de 2006 conformément aux orientations du programme national. Ces crédits sont essentiellement destinés à la prise en charge extra-hospitalière des malades (dispositif de maintien à domicile prévu par la circulaire du 8 janvier 1996), aux réseaux ville-hôpital, au soutien aux associations, dont votre commission regrette que seules 23 % d'entre elles soient spécialisées dans le champ du Sida, et à des actions de prévention, notamment en direction des personnes à risque (homosexuels, migrants, habitants des Antilles).

L'efficacité des actions de prévention a d'ailleurs été choisie comme quatrième objectif du programme « santé publique et prévention », au travers de deux instruments de mesure : le taux de reconnaissance des campagnes de prévention Sida par les publics cibles (60 % prévu en 2007) et le nombre de contaminations récentes parmi les diagnostics positifs inférieurs à six mois, qui doit être inférieur à 2.250.

L'assurance maladie, hors dépenses médicales, contribue également aux actions de lutte contre le VIH/Sida à hauteur de 22,4 millions d'euros, *via* le FNPEIS et le financement des appartements de coordination thérapeutique.

Il convient également de prendre en compte les actions menées par l'Inpes pour 23,3 millions d'euros et les activités de l'ANRS, dotée de 45 millions d'euros.

b) La recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles

A ce jour, cinquante-deux conseils généraux ont choisi de transférer à l'Etat leur compétence en matière de lutte contre les IST, conformément à la possibilité ouverte par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales. En 2007, cinq départements supplémentaires vont transférer à leur tour cette compétence : en conséquence, le budget de l'Etat consacrera **8,2 millions d'euros** au financement des structures de prise en charge de ces pathologies.

Cette politique doit aujourd'hui faire l'objet d'une attention particulière. En effet, alors que jusqu'à la fin des années 90, les IST semblaient avoir disparu du paysage sanitaire français, les professionnels de santé ont assisté à une progression importante des cas dépistés (gonocoques, syphilis, lymphogranulomatoses vénériennes). Les personnes touchées sont majoritairement des homosexuels, d'âge médian entre trente-cinq et quarante ans, souvent séropositifs au VIH et vivant en Ile-de-France¹. Ce phénomène s'accompagne d'une dégradation de l'impact des campagnes de prévention auprès de cette population, selon le dernier baromètre gay, qui conduit à des comportements à risque plus fréquents.

c) Un programme de lutte contre les hépatites très en deçà des enjeux

En France, 500.000 personnes sont aujourd'hui infectées par l'hépatite C et 150.000 par l'hépatite B, qui sont la cause de multiples complications (cirrhose et cancer notamment) et de plusieurs milliers de décès chaque année.

Pour tenter d'en diminuer la prévalence, un **programme national « hépatites virales B et C » a été mis en place pour la période 2006-2009** et doté de 3,2 millions d'euros en 2006 pour la mise en œuvre de campagnes d'information pour le dépistage, d'actions de prévention des contaminations dans les activités de soins et pour le soutien aux réseaux de prise en charge des malades. Il s'agit d'améliorer les délais de prise en charge afin de prévenir les complications, de renforcer la prévention et d'inciter à la vaccination contre l'hépatite B des personnes les plus exposées.

Si ces actions devraient être poursuivies en 2007, les opérateurs ne pourront compter que sur une enveloppe de **1,8 million d'euros**, en baisse de près de 45 %. Ces crédits seront équitablement divisés entre les Drass et l'administration centrale, celle-ci étant notamment chargée d'établir un référentiel pour la mise en place du parcours coordonné des soins, de

¹ Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 25. Juin 2006.

subventionner les associations qui participent au programme et de diffuser une information aux professionnels de santé et au grand public.

3. Un éparpillement des crédits destinés aux autres pathologies

Les crédits consacrés à la lutte contre les autres pathologies du programme sont, en revanche, bien plus modestes, et ce alors même que la loi du 13 août 2006 relative aux libertés et aux responsabilités locales a opéré une recentralisation au 1^{er} janvier 2006 d'un certain nombre d'actions de prévention sanitaire (vaccination et dépistage de la tuberculose notamment) exercées jusque-là par les départements.

a) Le transfert à l'Etat de la charge de la prévention des maladies infectieuses

Outre une subvention de 15.000 euros versée à une association de prise en charge de victimes de la maladie de Creutzfeld-Jakob, l'essentiel de l'enveloppe destinée aux maladies non infectieuses se répartit entre :

- **la lutte contre la tuberculose (28,4 millions d'euros)**. Il s'agit, pour la quasi-totalité, de crédits déconcentrés pour le financement de structures dans les cinquante-deux départements, dont six supplémentaires en 2007, ayant renoncé à cette compétence. Ces établissements procèdent au dépistage de la maladie, à des consultations individuelles, à la réalisation de radiographies pulmonaires, à la délivrance gratuite de médicaments et à la notification des cas de tuberculose. 120.000 euros seront par ailleurs alloués au financement d'études sur les déterminants de la maladie et à des actions de sensibilisation des professionnels de santé.

Ces mesures, conduites dans le cadre du programme de lutte contre la tuberculose élaboré en application de la loi du 9 août 2004, sont particulièrement utiles, à l'heure où **le risque infectieux est aujourd'hui préoccupant chez les publics les plus précaires**, comme les personnes sans domicile et les migrants ;

- **les vaccinations (17,7 millions d'euros)**. Sur ce total, 17,4 millions d'euros permettront le financement de trente établissements de santé et de quarante centres de santé qui réalisent des vaccinations et des actions de formation. Ce poste est en augmentation en raison de la décision de quatre conseils généraux supplémentaires d'abandonner cette compétence au profit de l'Etat. En outre, 260.000 euros seront destinés à des actions d'information des professionnels de santé et du grand public.

b) Des efforts constants en matière de santé mentale

Le plan « Psychiatrie et santé mentale » 2005-2008 présente des objectifs ambitieux en termes de prévention, de réorganisation et de décloisonnement des prises en charge sanitaire et sociale, d'amélioration de la

formation et de la qualité des pratiques ainsi que dans les domaines de l'évaluation et de la recherche.

Il intervient, de ce fait, au niveau sanitaire, médico-social et dans les domaines de la prévention, de la recherche et de la formation, ce qui explique que **son financement relève de l'Ondam hospitalier, de crédits médico-sociaux (Ondam médico-social et crédits de la CNSA) et de la mission « Santé »**. Sur la durée du plan, l'effort financier total devrait s'établir à **288 millions d'euros**, dont seulement 17 millions d'euros de crédits d'Etat.

Sur cette enveloppe, **5,6 millions d'euros seront versés en 2007**, soit une diminution de 3,5 % par rapport à la dotation de 2006. Ces crédits seront utilisés à 85 % par les services déconcentrés pour des actions d'aide à la personne et d'accès au droit, d'éducation à la santé et de d'information. Au niveau national, l'Etat participera au soutien financier des associations de familles, des études en épidémiologie, notamment sur la dépression des sujets âgés, et des actions de formation sur le dépistage des troubles chez les enfants et les adolescents.

L'année 2007 verra en outre le lancement, pour la première fois en France, d'une campagne d'information du grand public et des professionnels sur les troubles dépressifs et la définition d'une nouvelle stratégie d'action face au suicide, à la suite de l'évaluation menée en 2006 sur la stratégie 2000-2005.

Votre commission, si elle salue l'effort des pouvoirs publics dans le cadre de ce plan, rappelle que **la santé mentale demeure encore le parent pauvre de l'offre de soins** dans notre pays, alors que les besoins, notamment en matière de prise en charge de la dépression (les Français détiennent le record de consommation de médicaments psychotropes en Europe)¹ et de prévention du suicide sont considérables. En effet, avec 160.000 tentatives et 11.000 décès par an, le suicide est aujourd'hui la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans et la première chez les 25-34 ans.

A cet égard et dans le respect des malades mentaux et de leurs familles, votre commission souhaite que, conformément aux engagements pris devant la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale par le ministre de la santé, Xavier Bertrand, **le volet « psychiatrie » du projet de loi relatif à la prévention de la délinquance soit retiré du texte** pour être traité à part.

c) Des moyens très réduits pour les autres pathologies

Enfin, les autres plans rattachés à l'action « pathologies à forte morbidité/mortalité » se partageront **1,16 million d'euros** : 290.000 euros pour l'information du public et des professionnels de santé sur les maladies cardio-vasculaires (mort subite et AVC), 608.000 euros pour soutenir les

¹ *Le bon usage des médicaments psychotropes. Rapport n° 3187 (Assemblée nationale) et n° 422 (Sénat) de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. 2005-2006.*

structures associées à la mise en œuvre du plan « maladies rares », 246.000 euros au profit de la promotion de la santé bucco-dentaire, notamment le lancement d'une étude sur la santé bucco-dentaire des détenus et le financement d'actions de prévention, et 19.000 euros pour le soutien aux associations qui travaillent sur le thème de l'ostéoporose.

Cette somme paraît très insuffisante à votre commission comparée à l'ensemble des mesures à mettre en œuvre dans le cadre de ces programmes, notamment pour ce qui concerne les 7.000 maladies rares, dont l'étude, le dépistage et la prise en charge méritent d'être améliorés, et les maladies cardio-vasculaires, qui sont à l'origine de 180.000 décès par an. Une fois de plus, c'est à l'assurance maladie, *via* le fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires (FNPEIS), que revient l'essentiel de la charge financière des actions décidées par le Gouvernement.

D. ŒUVRER POUR UNE MEILLEURE QUALITÉ DE VIE DES MALADES LES PLUS FRAGILES

Le programme « santé publique et prévention » s'attache enfin, à la marge (2,3 % de ses crédits), à limiter les risques de survenance d'un handicap et à en réduire la gravité par des actions de prévention et une meilleure prise en charge. A ce titre, l'action « qualité de la vie et handicap » participe notamment à l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, ainsi qu'à divers plans de santé publique.

6,6 millions d'euros seront alloués à cette politique **en 2007**. Si cette dotation demeure modeste en raison du rôle prépondérant de l'assurance maladie en la matière, elle augmente toutefois de **9 %** par rapport à 2006.

1. Les pathologies de l'enfance et de la périnatalité

Le **plan périnatalité 2005-2007** vise à améliorer la santé des femmes enceintes et celle du fœtus et à réduire le nombre de grossesses non désirées. Pour ce faire, il poursuit plusieurs objectifs :

- renforcer 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 grâce à la création d'un certificat médical de mortinatalité et à la préparation de l'enquête nationale périnatale de 2009 ;

- prévenir les conduites à risque et les expositions nocives chez la femme enceinte par une meilleure information, disponible notamment dans le carnet de maternité actualisé ;

- améliorer les pratiques professionnelles en contribuant à la diffusion des bonnes pratiques définies par la HAS en matière de diagnostic prénatal, de fœtopathologie, d'échographie obstétricale et de suivi prénatal et en

mutualisant les expériences, dans le cadre de la journée nationale des commissions régionales de la naissance notamment ;

- développer des actions d'information et améliorer l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

Ces axes d'effort doivent permettre, à l'horizon 2008, d'atteindre les ambitions de la loi de santé publique : ramener la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union européenne en passant d'un taux de 10/100.000 à un taux de 5/100.000, réduire la mortalité périnatale de 15 % et limiter les handicaps liés à la naissance.

Le plan périnatalité sera doté de **1,8 million d'euros en 2007**, soit une légère augmentation par rapport à 2006. Sur cette enveloppe, 1,2 million d'euros sont destinés aux services déconcentrés pour le fonctionnement des commissions régionales de la naissance et des actions d'éducation à la santé. Les actions en faveur de la contraception et de l'accès à l'IVG bénéficieront, pour leur part, de 300.000 euros sur le budget de l'administration centrale.

En outre, une partie des 2,4 millions d'euros alloués à l'Inpes sur cette action sera orientée vers l'accompagnement du plan périnatalité avec le financement d'une **campagne d'information sur la contraception**, qui bénéficiera au total de 5 millions d'euros. Il s'agit de remédier au paradoxe français dans ce domaine, selon lequel un accès satisfaisant aux contraceptifs n'empêche pas un nombre élevé d'IVG.

Malgré cet effort louable, les 274 millions d'euros prévus sur quatre ans pour ce plan demeurent presque exclusivement à la charge de l'assurance maladie.

Enfin, concernant les enfants, après la création du nouveau carnet de santé en 2006, l'année 2007 sera consacrée à l'évaluation de l'application régionale du plan interministériel santé-éducation nationale relatif aux troubles de l'apprentissage et au bilan de l'utilisation du nouveau carnet de santé et de la dématérialisation des certificats de santé. Des actions d'information sur les troubles sensoriels et l'épilepsie et de soutien aux associations (Sparadrapp et Apache) sont également prévues. Les crédits affectés à ce poste sont multipliés par deux en 2007 (485.000 euros).

2. Les pathologies de l'âge adulte

Des actions seront également mises en œuvre en 2007 dans le cadre du plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, qui devrait être lancé avant la fin de l'année, en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge de ces affections.

277.000 euros seront ainsi consacrés au diabète, aux maladies endocriniennes, rénales et du sang (hors cancer), ainsi qu'aux affections musculo-squelettiques pour des actions d'éducation à la santé et l'organisation de la semaine nationale du rein. En outre, les maladies aérorespiratoires et chroniques bénéficieront de 600.000 euros, destinés à la formation des

professionnels de santé et à des expérimentations de coordination des soins. Ces crédits sont en diminution par rapport à 2006, laissant une fois encore à **la charge de l'assurance maladie** la quasi-totalité du financement de ce plan, estimé à 30 millions d'euros.

Cette évolution est d'autant plus regrettable que le diabète touche aujourd'hui 3 millions de personnes (800.000 cas seraient encore méconnus) et l'insuffisance rénale chronique 2,5 millions de personnes, dont 45.000 sont dialysées. Il est donc urgent de renforcer les connaissances épidémiologiques sur ces maladies, la prévention, l'information des professionnels et l'insertion sociale des malades. Des progrès doivent également être faits en matière de prise en charge thérapeutique, notamment dans le domaine des soins podologiques, dont l'insuffisance entraîne plusieurs milliers d'amputations par an, et des troubles de la vision chez les diabétiques.

3. Les pathologies spécifiques au vieillissement et à la fin de vie

Le premier objectif de l'action au profit des personnes âgées est la poursuite du **plan Alzheimer 2004-2007**, qui vise à améliorer la qualité de vie des 860.000 malades et de leurs proches. Les besoins dans ce domaine sont, en effet, considérables, notamment en matière de dépistage et d'accueil. L'association France Alzheimer a, à cet égard, indiqué à votre rapporteur qu'il faut aujourd'hui attendre entre deux et sept mois pour accéder à une consultation mémoire.

Les mesures du plan Alzheimer en 2007

En 2007, ce plan sera doté de 521.000 euros, soit près de 70.000 de plus qu'en 2006. Cette enveloppe sera utilisée pour :

- le **développement de la prise en charge médicale** avec la mise en place d'une évaluation cognitive à partir de l'âge de soixante-dix ans intégrée aux consultations de prévention prévues par la loi de santé publique et un renforcement de la formation des professionnels de santé ;

- le renforcement de l'**accompagnement des familles** avec le lancement d'un numéro vert Alzheimer et d'un guide pour les patients sur la proposition de l'association France Alzheimer, à laquelle a été confiée une étude de faisabilité en 2006 ;

- le développement de la recherche grâce à la participation au financement de projets menés à l'Inserm sur la prévention, le dépistage et les stratégies non médicamenteuses de traitement.

Toutefois, les moyens consacrés à cette pathologie sont essentiellement fournis par **l'assurance maladie** pour financer les structures sanitaires (centres mémoire de ressources et de recherche, consultations mémoire) et médico-sociales (services de soins à domicile, places médicalisées en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Ehpad]). En 2007, il est ainsi demandé à l'assurance maladie une enveloppe de 3 millions d'euros d'extension en année pleine 2006 et de 11,2 millions d'euros de mesures nouvelles.

Le **plan « bien vieillir »** bénéficiera également de quelques subsides (291.000 euros) pour soutenir les actions concertées avec la caisse nationale de solidarité et pour l'autonomie (CNSA). Il s'agit de répondre aux enjeux du vieillissement de la population et aux problèmes de santé qui en constituent le corollaire (ostéoporose, troubles ostéo-articulaires, problèmes de vision et d'audition), en cherchant à augmenter l'espérance de vie en bonne santé et à prévenir la perte d'autonomie.

Enfin, une enveloppe de 253.000 euros, complétée par un transfert d'un million d'euros du plan Cancer, sera consacrée à la prise en charge de la douleur, dans le cadre du **plan Douleur 2006-2010**, et aux **soins palliatifs**. Elle permettra de former les professionnels de santé des Ehpad à ces traitements, de soutenir les associations qui œuvrent dans ce domaine, de participer à des actions de recherche sur les stratégies non médicamenteuses de lutte contre la douleur et de procéder à une évaluation de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

Votre commission estime que **l'effort en faveur du développement des soins palliatifs est encore très insuffisant**. En effet, il ne permettra pas, cette année encore, de rattraper le retard pris par la France dans ce domaine. On compte aujourd'hui moins de lits en unités de soins palliatifs (USP) qu'en 2002, soit environ 800, bien loin des 3.000 lits préconisés par le Conseil économique et social. En outre, il apparaît que les 1.200 lits dédiés aux soins palliatifs dans les autres services hospitaliers sont trop souvent utilisés à d'autres fins et que six régions ne disposent d'aucune structure spécialisée. Au total, sur les 550.000 décès qui interviennent chaque année, seules 50.000 personnes bénéficient de ce type d'accompagnement. On estime les besoins à 150.000 malades.

II. UN ENGAGEMENT ENCORE TROP TIMIDE DE L'ÉTAT EN FAVEUR DE L'OFFRE ET DE LA QUALITÉ DES SOINS

Le programme « offre de soins et qualité du système de soins » a pour finalité de répondre aux besoins sanitaires de la population dans le respect des objectifs de dépenses fixés par le législateur, en agissant au niveau de la gestion des établissements et des personnels de santé, dans les domaines administratif, financier et juridique, et en matière de ressources humaines. Il n'intervient donc pas en amont de la prise en charge, en matière de prévention, ni dans le secteur médico-social.

Il comprend à cet effet **trois actions d'importance variable** : « niveau et qualité de l'offre de soins », « accessibilité de l'offre de soins » et « soutien ». Sa mise en œuvre est assurée par un Bop central, la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS).

A. LA PRIORITÉ DONNÉE À LA QUALITÉ DES FORMATIONS

1. Une participation symbolique de l'Etat

Le programme « offre de soins et qualité du système de soins », de loin le plus modeste de la mission « Santé », bénéficiera, en 2007, d'une dotation de **104,2 millions d'euros**, soit une **quasi-stabilité** par rapport à 2006.

**Les crédits du programme
« offre de soins et qualité du système de soins » en 2007**

Actions	Crédits de paiement (en euros)	Variation 2007/2006 (en %)
Niveau et qualité de l'offre de soins	66.480.270	- 5,1
Accessibilité de l'offre de soins	1.348.616	+ 10,5
Soutien	36.342.119	+ 17,4
Total	104.171.005	+ 1,6

Source : Direction générale de la santé

Plusieurs partenaires participent, sous l'autorité de la DHOS, à la mise en œuvre des actions du programme : les services déconcentrés du ministère de la santé (Ddass et Drass), les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam), le GIP « carte de professionnel de santé » (GIP-CPS), l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), ainsi que la Haute Autorité de santé (HAS).

Plus encore que les deux autres programmes de la mission « Santé », le programme « offre de soins et qualité du système de soins » ne rassemble qu'une faible part des crédits effectivement consacrés par l'ensemble des acteurs publics à cette politique. L'Etat n'intervient, en effet, qu'à hauteur de **1 % du total des dépenses**. A cette dotation s'ajoutent ainsi :

- la contribution de l'**assurance maladie** à l'offre de soins. Elle prend en effet en charge la quasi-totalité du coût des politiques conduites dans ce domaine *via* l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) ;

- les **dépenses fiscales** ayant pour objet principal de contribuer au programme : 1,1 milliard d'euros pour le taux de 2,1 % applicable aux médicaments remboursables ou soumis à autorisation temporaire d'utilisation et aux produits sanguins ; 50 millions d'euros pour le taux de 5,5 % accordé aux prestations de soins dispensées par les établissements thermaux autorisés ; 20 millions d'euros pour la déduction forfaitaire au titre du groupe III pour les médecins conventionnés et 2 millions d'euros pour l'exonération d'impôt sur le revenu de la rémunération perçue au titre de la permanence des soins par les médecins installés dans certaines zones ;

- enfin, les **dépenses de personnels**, soit **1.994 emplois équivalents temps plein**, qui sont affectées au programme « conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » de la mission « Solidarité et intégration », pour un total de **112 millions d'euros**.

2. Assurer la qualité des soins par la formation des professionnels de santé

Au sein de ce programme, l'action « niveau et qualité de l'offre de soins » est bénéficiaire des **deux tiers des crédits, soit 66,5 millions d'euros pour 2007**. Elle enregistre une diminution de sa dotation de 5,1 % par rapport à 2006.

Cette action a pour objet d'offrir une formation initiale et continue de haut niveau à l'ensemble des professions de santé, d'encadrer les conditions d'exercice de ces métiers, d'optimiser leur répartition sur le territoire national et par spécialité et de favoriser la diffusion des innovations diagnostiques et thérapeutiques. Il s'agit de **garantir la sécurité, la qualité et l'adaptation de la prise en charge sanitaire**, dans un contexte budgétaire contraint, tant pour l'Etat qu'au niveau de l'assurance maladie.

Pour répondre à cet objectif, **quatre axes de travail** ont été définis - la promotion de la bonne gouvernance, l'amélioration de la gestion et risques et celle des ressources humaines, l'optimisation de l'organisation et de la qualité des soins - et traduits en huit sous-objectifs.

Les objectifs de l'action « niveau et qualité de l'offre de soins »

- veiller à la bonne gouvernance et à l'efficacité des établissements de santé, notamment par un financement autonome et responsable fondé sur la tarification à l'activité (T2A), par la modernisation des systèmes d'information avec la mise en place du dossier médical partagé et par le développement des mécanismes d'évaluation financière ;
- aider les établissements à réduire et à gérer leurs risques ;
- optimiser la qualité de l'action des professionnels de santé en définissant, en lien avec le ministère de l'enseignement supérieur, le contenu et les modalités de la formation initiale des professionnels de santé ;
- agir pour une meilleure gestion des ressources humaines hospitalières en définissant les règles de recrutement et de gestion des agents publics et en agréant les conventions collectives des établissements ;
- favoriser les progrès techniques et mieux prendre en compte les résultats de la recherche ;
- améliorer la qualité et l'évaluation de la qualité de l'offre de soins ;
- améliorer la transparence sur la qualité du système d'offre de soins ;
- enfin, améliorer l'accueil des usagers.

Malgré l'ambition affichée et l'importance de cette action au sein du programme, votre commission ne peut que constater que **la ventilation des crédits ne permet guère de financer de nouvelles initiatives**. En effet, l'essentiel des moyens attachés à l'action est consacré à la seule formation des professionnels de santé :

- 56,6 millions d'euros pour la formation médicale initiale des internes en médecine. Cette enveloppe correspond depuis 2003 au remboursement, aux CHU, des rémunérations versées aux internes en médecine générale pendant leur stage obligatoire dans un organisme extrahospitalier ou dans un cabinet de ville, et des indemnités dues aux maîtres de stage praticiens libéraux. En effet, le CHU dont relève l'interne continue, pendant le stage, à verser les émoluments forfaitaires et à payer les charges sociales correspondantes. Les crédits affectés à ce remboursement augmentent de 5 millions d'euros en 2007, du fait des effectifs croissants des étudiants qui bénéficient de ce programme.

En outre, conformément au plan de démographie médicale du 25 janvier 2006, une possibilité sera offerte aux étudiants de première ou de deuxième année du deuxième cycle d'effectuer un stage de deux mois chez un médecin généraliste. Cette mesure n'est toutefois pas financée pour 2007.

De fait, **la dotation affectée à la formation des internes ne permettra pas, cette année encore, de diminuer la dette de l'Etat aux CHU** sur ce poste. Elle s'élèvera, à la fin de l'année 2006, à 20 millions d'euros.

Votre commission souhaite qu'elle soit rapidement apurée, de préférence dès la prochaine loi de finances rectificative ;

- **5,5 millions d'euros pour l'année de recherche** dont bénéficient, aux termes de l'arrêté du 27 septembre 1985, les étudiants les mieux classés de l'internat de médecine et de pharmacie et, depuis l'arrêté du 22 janvier 1996, d'odontologie. Il s'agit d'une année de recherche médicale ou biomédicale dans le cadre d'un master à l'université. Ce dispositif est en cours de réforme, en vue de prendre en compte les nouvelles règles qui régissent l'internat depuis 2004. A cette occasion, il serait souhaitable d'adapter le montant de la dotation qui y est affectée aux besoins dès le stade du projet de loi de finances, pour cesser de recourir systématiquement à une rallonge en loi de finances rectificative, ce qui ne constitue pas un mode de financement idéal ;

- **2 millions d'euros pour le financement des concours** nationaux de la fonction publique hospitalière (épreuves classantes nationales, internats d'odontologie et de pharmacie), qui couvre l'organisation des épreuves (1,4 million d'euros) et les frais d'imprimerie, de transport et de stockage sécurisés des copies.

Du fait de leur poids budgétaire considérable, le troisième objectif du programme concerne ces actions de formation. L'indicateur de performance correspondant est le taux de satisfaction, mesuré un an puis dix ans après la fin des études, associé aux stages extrahospitaliers de troisième cycle et à l'année recherche. En 2007, ce taux doit atteindre 83 % (il était de 80 % en 2005).

Les crédits de l'action « niveau et qualité de l'offre de soins » qui ne sont pas consacrés à la formation sont donc limités.

Il s'agit d'une part de la **subvention d'un million d'euros à la HAS**. Cette subvention diminue considérablement par rapport à 2006, où elle s'élevait à 9,6 millions d'euros. C'est cette baisse qui explique celle des moyens de l'action « niveau et qualité de l'offre des soins » en 2007.

La moindre contribution de l'Etat sera compensée par un **prélèvement de 33 millions d'euros sur son fonds de roulement**, qui s'élève aujourd'hui à 43 millions d'euros en raison du transfert à la HAS des crédits du fonds de promotion de l'information médicale (Fopim) (20 millions d'euros) et d'une montée en charge plus lente que prévue de ses activités. Ce mécanisme, par nature ponctuel, permettra également de minorer la participation de l'assurance maladie, qui a atteint 19,3 millions d'euros en 2006. En outre, la HAS dispose de ressources propres (environ 13 millions d'euros) et du produit de diverses redevances, notamment la taxe sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques (19,6 millions d'euros en 2006).

Son budget devrait donc rester constant, autour de 62 millions d'euros, et lui permettre de mener à bien ses missions en 2007, en particulier en matière de certification des établissements de santé. A cet effet, le projet annuel de performance du programme pose comme deuxième objectif l'amélioration de l'impact de l'évaluation du système de santé, avec un taux de mises en œuvre des prescriptions de la HAS de 87 % en 2007.

Les dépenses de l'action hors formation comprennent également la **réalisation d'études par des intervenants extérieurs pour 1,3 million d'euros**, concernant notamment les nomenclatures d'activité pour les établissements, la comparaison de plusieurs systèmes de soins et l'évaluation des politiques publiques. Ces crédits sont également destinés à la passation de conventions et à l'achat de prestations diverses, comme la publication au bulletin officiel des annonces de marchés publics.

B. QUEL ACCÈS À L'OFFRE DE SOINS ?

1. Une action sans commune mesure avec les objectifs affichés

Comparativement, l'action « accessibilité de l'offre de soins » dispose de moyens budgétaires extrêmement réduits, à hauteur de 1,3 % des crédits du programme. Malgré une augmentation de 10,5 % par rapport en 2006, ils ne s'élèveront, **en 2007, qu'à 1,35 million d'euros**. Ces crédits sont destinés au développement de la télémédecine et au renforcement des réseaux de santé.

L'effort budgétaire, tout relatif, observé dans le présent projet de loi de finances porte intégralement sur le premier poste, qui bénéficiera de la quasi-totalité de l'enveloppe allouée à l'action, soit 1,3 million d'euros en augmentation de 21,5 % par rapport à 2006.

Ces crédits seront versés, dans le cadre des contrats de plan entre l'Etat et les conseils régionaux, aux neuf régions - Bourgogne, Champagne-Ardenne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire et Poitou-Charentes - qui mènent des actions de **développement de la télémédecine**.

Le développement des réseaux de télésanté nécessite, en effet, de financer des études de faisabilité, d'aider à leur implantation technique, de former les personnels à leur utilisation et d'en évaluer l'efficacité. Des conventions sont établies chaque année pour ce faire entre l'Etat et les directeurs d'établissements de santé concernés. Plus d'un millier d'établissements télétransmettent aujourd'hui des informations multimédia dans des domaines allant de la cancérologie à la périnatalité, en passant depuis 2006 par la psychiatrie.

Votre commission se félicite de cet effort en faveur de la médecine de demain, même s'il reste limité si l'on en juge par les faibles volumes engagés.

Par ailleurs, une dotation symbolique de 50.000 euros est prévue pour le renforcement des réseaux de santé par le biais d'une **subvention à la coordination nationale des réseaux** (CNR), chargée de soutenir les promoteurs de réseaux et de promouvoir ces dispositifs auprès des professionnels de santé. Compte tenu du report de 60.000 euros qui devrait intervenir sur la dotation de 120.000 euros allouée à la CNR en 2006, la participation de l'Etat sera pratiquement maintenue au même niveau. Elle demeure toutefois très limitée au regard de la participation de l'assurance maladie, qui atteint 300 millions d'euros par le biais de la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) et du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

Le contenu réel de l'action conduit votre commission à considérer que **la présentation ambitieuse qui en est faite par les documents budgétaires ne correspond pas au périmètre restreint des mesures financées**. En effet, l'objectif annoncé est que *« toute personne le nécessitant puisse avoir accès, en permanence, à une prise en charge sûre et adaptée, de qualité, de la part des acteurs de santé, quels qu'ils soient, et que cette réponse lui soit accessible »*.

Toujours selon le projet annuel de performance, les objectifs poursuivis par l'action consistent à promouvoir la gradation de l'offre de soins, à favoriser sa diversification, à améliorer la complémentarité entre les différents acteurs de soins, à dynamiser l'offre de proximité, à améliorer l'accès aux techniques rares et à assurer l'effectivité des droits des malades. Pour ce faire, les actions conduites doivent simplifier et moderniser le dispositif de l'organisation des soins ; définir les politiques et les outils de coopération entre établissements et entre professionnels ; assurer la permanence des soins et l'accès aux services d'urgence sur l'ensemble du territoire ; améliorer l'accueil des populations spécifiques (personnes défavorisées, handicapés, enfants, personnes âgées, etc.) ; enfin, assurer que le nombre et la formation des professionnels de santé correspondent aux besoins.

Or, les actions encore limitées prévues en matière de télémédecine et la dotation très faible promise à la CNR sont loin de répondre intégralement à ces objectifs. Votre commission souhaite donc qu'à l'avenir, pour répondre au souci de **sincérité des documents budgétaires**, la présentation de cette action corresponde mieux aux moyens dont elle dispose.

2. Des besoins pourtant considérables

Le fossé constaté entre les objectifs affichés et les moyens inscrits sur cette action est d'autant plus regrettable que **les inégalités en matière d'accès aux soins persistent**.

C'est ce que montre une récente étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques sur l'état de santé en France en 2003¹, qui s'appuie sur les résultats de l'enquête décennale « santé » de l'Insee réalisée la même année. Il y apparaît, par exemple, que les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) déclarent 20 % d'affections de plus que le reste de la population. De même, près du quart des étudiants renoncent aux soins dentaires et ophtalmologiques pour des raisons financières.

En outre, il existe encore un **écart persistant** (six ans et demi pour les hommes et trois ans et demi pour les femmes) **en termes d'espérance de vie** entre les cadres et professions libérales et les ouvriers. De fait, les progrès médicaux, sanitaires et sociaux ont profité à l'ensemble de la population, mais ils n'ont pas permis aux moins favorisés de rattraper leur retard en matière de santé. Ce qui est vrai pour la mortalité l'est également pour la morbidité : les plus défavorisés sont plus touchés par les naissances prématurées, l'obésité de l'enfant et de l'adulte, les infections bucco-dentaires, les maladies psychiatriques, le diabète, les maladies respiratoires et certains cancers.

Les **caractéristiques socio-économiques** influent également significativement sur la fréquence des recours aux soins, notamment à la médecine spécialisée : plus le revenu du ménage est faible et moins le niveau d'éducation des personnes qui le composent est élevé, plus la probabilité qu'elles n'aient pas vu de spécialiste dans les douze mois précédant l'enquête s'accroît. Ceci est particulièrement vrai pour les soins dentaires et optiques, très mal dépistés et pris en charge chez les populations les plus précaires.

Enfin, les différences régionales - géographiques, historiques et culturelles - participent aux inégalités de santé observées sur le territoire national².

L'accès aux soins des plus défavorisés : le constat de Médecins du monde

L'association Médecins du monde, auditionnée par votre rapporteur, a confirmé ce constat sur la base de son expérience de terrain dans les vingt et un centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso)³. Sur environ 45.000 consultations effectuées en 2005 (12,7 % de plus qu'en 2004), 59 % concernaient des patients étrangers arrivés en France depuis moins d'un an. 43 % des personnes rencontrées vivaient dans un logement précaire et 18 % étaient sans domicile. Les pathologies les plus fréquentes étaient d'ordre ostéoarticulaire, gynécologique, ORL, psychiatrique et gastro-entérologique et dans des proportions sensiblement plus élevées que pour le reste de la population.

¹ Drees. *Etudes et résultats* n° 436, octobre 2005.

² *Atlas de la santé en France*. Gérard Salem. Mai 2006.

³ *Rapport 2005 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde*. Août 2006.

Pour les patients de Médecins du monde, les obstacles à l'accès et à la continuité des soins sont multiples : les difficultés financières pour 35 % d'entre eux, du fait des importants « restes à charge » notamment pour les soins dentaires et optiques, la méconnaissance des droits et des structures (23 %), la complexité des démarches administratives (13 %) et la barrière linguistique (11,5 %).

La France connaît donc une **situation paradoxale de l'offre de soins** : les plus défavorisés sont dans un état sanitaire moins favorable que la moyenne de la population et ils n'accèdent pas aux soins dans des conditions satisfaisantes au regard de leurs pathologies.

En effet, les bénéficiaires de la CMU et de l'aide médicale d'Etat (AME) se heurtent trop souvent au **refus des professionnels de santé** pour obtenir une consultation. Une enquête téléphonique réalisée par Médecins du monde auprès de 725 généralistes au début de l'année 2006 a mesuré le taux de refus de soins à 37 % pour les bénéficiaires de l'AME et à 10 % pour ceux de la CMU, en dépit des termes de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la CMU. Ces chiffres sont supérieurs à 40 % dans l'étude du fonds de financement de la CMU rendue publique le 22 juin dernier.

Face à ce constat, des associations ont saisi la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde), qui a considéré, dans un avis en date du 6 novembre, que ces comportements étaient répréhensibles, au motif qu'« *aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins* » (article L. 1110-3 du code de la santé publique).

Votre commission se réjouit de cette décision et de la création d'une mission sur ce sujet confiée à Jean-François Chadelat, inspecteur général des affaires sociales. Elle souhaite que les praticiens libéraux accroissent leur prise en charge des 4,8 millions de personnes rattachées à la CMU et des 180.000 étrangers dépendants de l'AME.

Elle sera enfin attentive aux résultats de l'audit lancé au second semestre de l'année 2006 concernant la **réforme de l'AME**. Il convient de rappeler, à cet égard, que la loi n° 2003-1312 du 30 décembre 2003 de finances rectificative pour 2003 a institué une condition de résidence ininterrompue de plus de trois mois en France et supprimé l'admission immédiate à l'AME. Les décrets n° 2005-859 et n° 2005-860 du 28 juillet 2005 ont précisé les moyens de vérifier ce critère de résidence. Toutefois, un arrêt du Conseil d'Etat en date du 7 juin 2006 ne les rend pas applicables aux mineurs.

C. LE SOUTIEN À L'OFFRE DE SOINS PRIVILÉGIÉ L'ÉCHELON RÉGIONAL

L'action « modernisation du système de soins » représente enfin près du tiers des crédits du programme « offre de soins et qualité du système de soins ». Elle disposera, **en 2007**, de 32,7 millions d'euros en autorisations d'engagement et de **36,3 millions d'euros** en crédits de paiement, soit des hausses respectives de 11,5 % et 17,4 % par rapport à 2006. La différence observée entre les autorisations d'engagement et les crédits de paiement s'explique par un transfert de crédits sur le programme « interventions territoriales de l'Etat » au titre du programme exceptionnel d'investissement en faveur de la Corse.

Cette action recouvre, pour l'essentiel, **les subventions aux différents opérateurs, pour un total de près de 27 millions d'euros.**

En outre, des crédits de fonctionnement courant sont prévus pour **les charges de frais de justice et de réparations civiles à hauteur de 4 millions d'euros**, contre 875.000 euros seulement en 2006. Il s'agit essentiellement de contentieux liés aux autorisations d'ouverture de pharmacies et de laboratoires, ainsi qu'à la sectorisation psychiatrique. L'augmentation massive de cette enveloppe s'explique par les exigences de la Lolf, qui oblige l'Etat à une prévision réaliste de ses frais de justice dans la mesure où les crédits sont désormais limitatifs.

Enfin, l'action comprend des crédits d'intervention pour la réhabilitation d'établissements de santé et l'édification de nouveaux bâtiments **dans les collectivités d'outre-mer** (Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Wallis et Futuna), dans le cadre de contrats de développement. L'enveloppe prévue dans ce cadre s'élève à 1,8 million d'euros, soit une dotation nettement inférieure à celle allouée en 2006.

1. Les agences régionales en première ligne

La quasi-totalité de la subvention de l'Etat aux opérateurs est versée aux vingt-six ARH, qui sont en charge du pilotage de l'offre de soins au niveau local. Elles se partageront ainsi un peu plus de 22 millions d'euros en 2007, contre 19,6 millions d'euros en 2006, soit une **augmentation sans précédent de 12,4 %.**

Les agences régionales de l'hospitalisation

Les ARH sont des **GIP constitués en 1997 entre l'Etat et l'assurance maladie**. Elles ont la charge de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, de coordonner l'activité des établissements de santé, de contrôler leur fonctionnement et de déterminer leurs ressources. Elles sont à ce titre garantes, sur le terrain, de la réussite des réformes du système hospitalier, de l'organisation des soins au financement.

Depuis leur mise en place, elles ont permis, sur la base des besoins de la population, d'engager une action concertée de recomposition de l'offre de soins. Conformément aux directives nationales, elles ont procédé à une politique différenciée de subvention des établissements allant dans le sens d'une réduction des inégalités, en cohérence avec les objectifs définis par chaque schéma régional d'organisation sanitaire (Sros).

Elles veillent désormais à ce que les établissements publics et privés s'engagent activement dans la mise en œuvre 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 et garantit une allocation plus équitable des ressources.

Les agences ont conduit, en 2005, un processus concerté d'élaboration des **Sros de troisième génération** qui a débouché, en 2006, sur l'adoption et la publication, dans chacune des régions, du nouveau schéma. En 2007, les agences déclineront le Sros au travers des contrats quinquennaux d'objectifs et de moyens qu'elles négocieront avec chaque établissement de santé. Elles devront aussi envisager les modalités de coordination de leurs actions avec les nouveaux groupements régionaux de santé publique.

Elles disposent, pour mener à bien l'ensemble de leurs missions, de **369 personnes**, dont 52 mises à disposition par l'assurance maladie, soit entre 50 et 130 emplois par agence.

L'accent mis par ce programme sur la qualité du pilotage de l'offre de soins se traduit également par le choix de son premier objectif, qui concerne l'optimisation de ce système. L'indicateur qui lui est associé est le taux d'atteinte des objectifs nationaux quantifiés qui figurent dans les contrats triennaux passés entre l'Etat et les ARH. Ce taux doit atteindre 25 % en 2007 et passe par le respect de plusieurs sous-indicateurs : assurer la régulation régionale de l'offre de soins, veiller aux équilibres financiers des établissements de santé, optimiser l'organisation et la gestion interne des établissements, favoriser l'efficacité des pratiques hospitalières et développer le dialogue social en région.

2. Des subventions plus limitées pour les autres opérateurs

Outre les ARH, trois opérateurs participent à la mise en œuvre de ce programme : l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), le GIP « carte de professionnel de santé » (GIP-CPS) et le nouveau centre national de gestion.

- L'**ATIH** est un établissement public à caractère administratif créé par le décret n° 2000-1282 du 26 décembre 2000, qui l'a chargée de deux missions principales : la mise en œuvre des travaux nécessaires aux systèmes d'information communs à l'Etat et à l'assurance maladie (recueil de données pour le programme de médicalisation des systèmes d'information et étude nationale des coûts notamment) et la participation à l'élaboration des nomenclatures de santé aux niveaux national et international (classification commune des actes médicaux et classification internationale des maladies, par exemple).

Elle a également pour mission de produire des applications informatiques utiles à la gestion du système de soins, dans le but d'optimiser les moyens dont dispose le ministère de la santé pour la conduite de la politique hospitalière. Il s'agit en particulier des dispositifs d'information « PARHTAGE » pour les ARH et DMI2 pour le suivi du Sida et des hépatites.

Depuis 2002, elle participe enfin à la mise en œuvre du plan Hôpital 2007 pour le volet consacré à la détermination des moyens financiers des établissements en fonction de leur activité et à la réforme de la T2A.

La subvention de l'Etat à l'ATIH s'élèvera à **1,8 million d'euros en 2007**, soit 200.000 euros de plus qu'en 2006. Cette augmentation contribuera notamment au financement des huit recrutements supplémentaires, destinés à couvrir 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 d'études de coûts.

Cette dotation sera complétée par les ressources propres de l'ATIH, estimées à 1,5 million d'euros en 2007, par un prélèvement de 0,2 million d'euros sur le fonds de concours, qui s'établit à 1,3 million d'euros en 2006, et par une subvention de l'assurance maladie à hauteur de 3,6 millions d'euros.

- Le **GIP-CPS** a vu le jour avec l'arrêté du 28 janvier 1993 pour une durée de quinze ans. Il rassemble l'Etat, l'assurance maladie, les ordres professionnels, ainsi que des représentants des mutuelles et des syndicats professionnels. Il étudie, met au point et diffuse la carte individuelle de professionnel de santé SESAM-Vitale, qui permet la télétransmission sécurisée des documents liés à des actes ou des prestations remboursables par l'assurance maladie.

Il s'agit d'une carte électronique individuelle protégée par un code confidentiel, qui contient des informations portant sur l'identité du professionnel, sa qualification, ses différents modes d'exercice, ainsi que des

données de facturation pour l'établissement des feuilles de soins électroniques. Au 1^{er} août 2006, 585.000 cartes étaient en circulation, dont 85 % auprès des professionnels de santé du secteur privé. Le champ d'application de cet outil tend à s'accroître notablement puisque, chez les libéraux, 88 % des médecins, 100 % des pharmaciens titulaires d'officines, 94 % des orthophonistes, 88 % des masseurs-kinésithérapeutes, 87 % des chirurgiens-dentistes et 79 % des infirmiers sont aujourd'hui couverts.

En outre, le GIP est chargé, depuis 2004, de mettre en œuvre le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). Il recevra de l'Etat, **en 2007, une subvention de 768.500 euros** équivalente à celle perçue en 2006. L'assurance maladie participe pour sa part à hauteur d'un million d'euros, l'essentiel du budget du GIP étant constitué par les abonnements des professionnels.

- La création d'un **centre national de gestion** (CNG) a été prévue par l'ordonnance du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière. La mise en place de cet établissement public à caractère administratif doit intervenir au début de l'année 2007.

Il sera chargé de la gestion du personnel hospitalier (directeur d'hôpital, d'établissement sanitaire et social, d'établissement social et médico-social, directeur de soins, praticien hospitalier, attaché d'administration hospitalière, etc.), ainsi que de l'organisation des concours d'entrée dans ces professions, hormis celui de l'internat et l'examen classant national. Il disposera d'une subvention de **2,3 millions d'euros** pour mener à bien ces missions en 2007.

Cette nouvelle structure rattachée au programme « offre de soins et qualité du système de soins » permettra, à horizon 2007, de proposer un **quatrième objectif de performance**. Il portera sur la mesure de la politique de gestion des ressources humaines de la fonction publique hospitalière, qui constitue aujourd'hui l'une des principales activités de la DHOS et qui, externalisée dans le cadre du CNG, représentera une part significative des crédits du programme.

Enfin, **deux opérateurs ne disposent d'aucun financement** de l'Etat dans le présent projet de budget. Vote rapporteur s'en est légitimement étonné, sans recevoir pour autant des autorités compétentes de réponses claires à ses interrogations.

- Le **GIP « institut des données de santé »** (GIP-IDS), constitué entre l'Etat, l'assurance maladie, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) et l'Union nationale des professionnels de santé, a pour missions d'assurer la cohérence et de veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie. Il dispose, comme la HAS, des données qui en sont issues, dans un but de gestion de l'assurance maladie et pour des préoccupations de santé publique.

Aux termes du projet annuel de performance de la mission « Santé » pour 2006, cette structure devait déjà, être constituée en 2005 et commencer à fonctionner cette année. Aucun moyen n'ayant été prévu pour sa création, celle-ci n'est pas encore effective. Interrogé par votre rapporteur, le cabinet du ministre de la santé et des solidarités a indiqué que cet opérateur serait mis en place en 2007 et bénéficierait d'une subvention de l'Etat à hauteur de 180.000 euros. On ne peut qu'observer à ce stade que le présent projet de budget ne fait pas mention de cette dotation.

- Pour mettre en œuvre le dossier médical personnel (DMP), un GIP, le **GIP-DMP**, a été constitué par arrêté du 6 juillet 2006, regroupant, pour l'État, le ministère de la santé, l'assurance maladie et la Caisse des dépôts et consignations.

Cet opérateur a pour mission de préparer les dispositions juridiques, organisationnelles, financières et logistiques du DMP et d'en assurer la réalisation pour le 1^{er} janvier 2007. Il a notamment dans ce cadre la charge d'informer les représentants des professions de santé et les associations de patients, de définir les données de santé à caractère personnel relatives à la prévention, au diagnostic ou aux soins qui pourront figurer dans le DMP, d'encadrer les conditions d'hébergement, d'accès et de transmission de ces données et de piloter la généralisation du projet.

Le dossier médical personnel

La réforme de l'assurance maladie par la loi du 13 août 2004 est à l'origine de la création du DMP, dans l'objectif de favoriser une coordination des soins effective et un parcours de soins optimal, en réduisant notamment les risques d'interactions médicamenteuses et en évitant la multiplication d'examen complémentaires inutiles.

Le DMP concerne les assurés sociaux de plus de seize ans. Il rassemble pour chacun **l'ensemble des éléments diagnostiques et thérapeutiques reportés par les professionnels de santé en ville et à l'hôpital**, ainsi que les éléments du compte rendu de sortie en cas de séjour dans un établissement de santé. A terme, les images radiographiques pourront également en faire partie.

Le DMP n'a pas d'impact sur l'état des dossiers existants et sera compatible avec les documents informatisés tenus par certains professionnels de santé sur leurs patients, afin de permettre la transmission automatique des données d'un support à l'autre. Il ne sera en revanche pas lisible depuis la carte Vitale, qui en constituera seulement la clé d'entrée. **L'accès au dossier est, en effet, strictement personnel.** Seul le patient détermine les personnes qui peuvent y accéder en sa présence. Toutefois, le niveau de remboursement des actes et prestations de soins par l'assurance maladie sera subordonné à l'autorisation d'accès du professionnel de santé au DMP.

Un premier appel d'offre a été lancé en septembre 2004 pour tester le DMP sur dix-sept sites pilotes au premier semestre 2005. Il a ensuite été progressivement étendu en 2006. La généralisation du dispositif devrait être effective au 1^{er} juillet 2007.

Si l'assurance maladie est moteur sur ce projet et en finance, en conséquence la quasi-totalité par le biais des FAQSV, il n'en demeure pas moins que **le ministère de la santé, en tant que membre du GIP, devrait en toute logique participer financièrement à sa mise en œuvre.** Ce ne sera pourtant pas le cas en 2007.

III. LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE : L'INTERMINISTÉRIALITÉ EN QUESTION

Le programme « drogue et toxicomanie » de la mission « Santé » constitue la **traduction budgétaire du plan quinquennal de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008**, qui poursuit plusieurs objectifs : proposer une véritable politique de prévention, faire respecter et évoluer la législation, communiquer sur les risques de consommation, lutter contre le trafic local et international et les nouvelles formes de criminalité organisée, mobiliser les dispositifs d'observation et de recherche, enfin, recadrer l'action extérieure de la France dans une approche équilibrée de réduction de l'offre et de la demande de drogue.

Ce troisième et dernier programme, dont le pilotage est assuré par la **mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt)**, se décline en **trois actions** d'inégale importance : « coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif », « expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi » et « coopération internationale ».

A. LES ÉVOLUTIONS DE LA CONSOMMATION DE DROGUE EN FRANCE

Les chiffres diffusés régulièrement par l'observatoire français des drogues et toxicomanie (OFDT) indiquent que **la consommation de substances psychoactives constitue un phénomène massif et multifactoriel**, dont les conséquences sont évidentes en matière de santé publique, compte tenu des dommages sanitaires et sociaux liés à la drogue, comme de sécurité intérieure, en raison des accidents et de la délinquance associée à cette pratique. Au total, le coût social de la consommation de drogues illicites, de tabac et d'alcool était estimé, en 2001, à 33 milliards d'euros, soit 2,7 % du PIB français. Il comprend les dépenses de santé, de prévention et de recherche, mais aussi les pertes de productivité liées aux accidents et aux arrêts de travail et le coût du volet répressif (forces de l'ordre et douanes).

Ce constat ne doit toutefois pas masquer les évolutions en matière de consommation, auxquelles il convient d'adapter sans cesse la politique de lutte contre la toxicomanie.

1. La consommation de drogues « douces » marque enfin le pas

- La consommation de « drogues licites » (**tabac et alcool**) est, on l'a vu, en **phase décroissante**. Le phénomène est plus récent pour le tabac, pour lequel on peut fixer à 2003 le début du mouvement de baisse de consommation avec la montée en charge des mesures - notamment tarifaires - mises en œuvre par Jean-François Mattei.

Concernant l'alcool, dont la consommation a considérablement baissé, toutes catégories de la population confondues, Didier Jayle, président de la Mildt, a souhaité attirer l'attention de votre rapporteur sur un phénomène inquiétant : **l'alcoolisation répétée et précoce des jeunes en fin de semaine**, même si la France est encore loin de connaître la situation observée dans les pays anglo-saxons.

• Pour la première fois cette année, après plusieurs décennies d'augmentation continue, les chiffres indiquent une **stabilisation de la consommation de cannabis**.

Votre commission se réjouit de ce constat, même si l'usage de ce produit se situe encore à des niveaux élevés : à dix-huit ans, plus de 60 % des adolescents en ont fait l'expérience et, parmi eux, 24 % des garçons et 9 % des filles consomment régulièrement. Elle souhaite que les actions mises en œuvre conduisent, à terme, à une diminution de ces chiffres, sans que la diabolisation du cannabis n'entraîne, par un effet pervers, le report des pratiques addictives des jeunes vers des produits plus nocifs.

2. Les drogues de synthèse : un danger évité ?

Au cours des dix dernières années sont apparues de nouvelles drogues de synthèse (ecstasy, LSD, amphétamines, poppers, gamma OH, kétamine, gaz hilarant, etc.), consommées le plus souvent de façon sporadique dans un contexte festif, sur la scène « techno » notamment.

En 2003, la commission d'enquête du Sénat¹ avait considéré, à l'instar des professionnels de la toxicomanie, que ces substances constituaient le danger de demain. Les propos tenus devant cette instance par Didier Jayle, déjà président de la Mildt, et Jean-François Mattei, alors ministre de la santé, étaient à cet égard très clairs : « *les drogues de synthèse sont peut-être le fléau de demain. Si vous m'interrogez dans cinq ans, je vous dirai peut-être que le seul problème en France est celui des drogues de synthèse* » (Didier Jayle) ; « *tous les spécialistes pensent que c'est le grand danger de demain parce que l'on pourra composer des drogues avec des substances inattendues, imprévues* » (Jean-François Mattei).

Sans remettre en cause la dangerosité reconnue de ces produits sur les consommateurs, force est toutefois de constater que, depuis cette date, **le raz-de-marée des drogues de synthèse n'a pas eu lieu**. On constate en effet que l'expérimentation de ce type de produit concerne toujours moins de 4 % des garçons de dix-huit ans, les chiffres étant encore inférieurs chez les filles. Didier Jayle, auditionné par votre rapporteur, a confirmé ce *statu quo*, qui apparaît comme une singularité française à l'heure où la 24^e conférence internationale sur la répression des drogues, qui a eu lieu au mois de mai

¹ *Drogue : l'autre cancer. Commission d'enquête du Sénat sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites. Rapport n° 321 (2002-2003).*

dernier à Montréal, tire la sonnette d'alarme sur le trafic et la consommation de drogues chimiques.

3. Une recrudescence des substances traditionnelles à surveiller

- L'évolution majeure en termes de consommation concerne la **cocaïne** (+ 17 %), en raison de la diminution de son prix (divisé par trois du fait de la pression des narcotrafiquants sur le marché européen) et d'un effet de mode dans l'environnement festif et professionnel. Elle touche surtout les trentenaires et les milieux socio-économiques favorisés. Au total, l'expérimentation concerne aujourd'hui 2,6 % des moins de vingt-cinq ans, contre 1,9 % au début des années 2000.

La consommation de cocaïne pose essentiellement, outre la question de la répression du trafic, un problème de prise en charge sanitaire. Celle-ci est, en effet, quasi inexistante en France où aucun protocole de soins visant à stabiliser l'humeur n'a été mis en place, à la différence des Pays-Bas et de l'Allemagne, par exemple. Les études sur l'usage de ce produit sont, en outre, trop limitées : les consommateurs étant identifiés dans des milieux privilégiés, le sujet a, de fait, longtemps été tabou.

- L'usage du **crack**, s'il reste encore marginal (environ 2.000 personnes en métropole) et circonscrit aux arrondissements du Nord-Est de Paris, à la Seine-Saint-Denis et aux Antilles, poursuit son augmentation. Cette évolution est particulièrement inquiétante du fait de la dangerosité du produit et de la violence des comportements qui en accompagne souvent la consommation.

- Seule la consommation d'**héroïne** et des opiacés en général - produits à 87 % en Afghanistan - a diminué ces dernières années, grâce aux moyens mis en œuvre pour développer les traitements de substitution. La consommation addictive, qui s'accompagne en général d'une grande exclusion sociale, ne touche que 150.000 à 180.000 personnes, même si les derniers chiffres font état d'une légère augmentation.

Le principal enjeu en la matière concerne désormais la **lutte contre le trafic de Subutex**, aujourd'hui prescrit à 85.000 patients. A la différence de la méthadone, qui concerne 15.000 personnes et doit être prise en présence d'un professionnel de santé, le Subutex peut être délivré par les pharmacies. Si ce régime libéral a, sans conteste, contribué au succès de la politique de réduction des risques depuis une vingtaine d'années (division par cinq du nombre de décès par overdose et quasi-disparition des contaminations au VIH par voie intraveineuse), il a aussi engendré un trafic d'un genre nouveau. Ainsi, on estime à 20 % la proportion des pilules qui sont injectées ou sniffées par les patients et à 4 % celles qui sont revendues dans la rue au prix moyen de 15 euros par comprimé.

Pour pallier ce phénomène, le Mildt a proposé, le 7 juin dernier de **classer le Subutex dans la catégorie des produits stupéfiants**. Son mode de délivrance serait alors identique à celui de la méthadone et sa revente plus sévèrement punie.

Votre commission est favorable à une telle mesure, aujourd'hui nécessaire à la protection des patients sous Subutex, à condition de s'assurer qu'elle ne conduira pas à fragiliser la politique de réduction des risques. Ce n'est toutefois pas certain qu'elle soit nécessaire si le Subutex est prochainement remplacé par le Suxobone, qui pourra plus difficilement être injecté.

B. UNE RÉPONSE PRÉVENTIVE, SANITAIRE ET RÉPRESSIVE

1. Le programme « drogue et toxicomanie » au cœur d'un imbroglio administratif et budgétaire

a) Un transfert discutable

Malgré les ambitions annoncées par le plan quinquennal 2004-2008, les moyens alloués à la Mildt ont affiché une diminution progressive ces dernières années en passant de 40 millions d'euros en 2003, puis 38 millions d'euros en 2004 et en 2005, à 37,3 millions d'euros en 2006.

Cette diminution se poursuit en 2007 puisque le présent projet de budget dote le programme « drogue et toxicomanie » de **36,5 millions d'euros, soit une diminution de 2,2 %** par rapport au projet de loi de finances pour 2006. Cette baisse est encore plus flagrante comparée aux chiffres de la loi de finances pour 2006.

En effet, à l'initiative des commissions des affaires sociales et des finances du Sénat, le Parlement avait alors transféré sur le présent programme **18 millions d'euros** consacrés à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme et au volet sanitaire de la lutte contre la toxicomanie dans le cadre du plan quinquennal, inscrits initialement au titre du programme « santé publique et prévention ».

Les crédits du programme « drogue et toxicomanie » en 2007

Actions	Crédits de paiement (en euros)	Variation PLF 2007/LFI 2006 (en %)	Variation PLF 2007/PLF 2006 (en%)
Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif	31.951.432	- 34,5	+ 4.3
Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi	3.048.568	- 42,5	Id.
Coopération internationale	1.500.000	+ 25	Id.
Total	36.500.000	- 33,9	- 2,2
<i>Fonds de concours</i>	<i>1.500.000</i>	<i>+ 25</i>	<i>Id.</i>

Source : Direction générale de la santé

L'objectif était de rendre cohérente l'architecture budgétaire de la mission « Santé » en regroupant, pour une lecture exhaustive, la totalité des crédits affectés par le ministère de la santé à la lutte contre la drogue et la toxicomanie sur le programme éponyme. Il s'agissait également de permettre à la Mildt de gérer cette politique dans son ensemble.

Or, le projet de budget pour 2007 consacre le **retour au statu quo ante**, ces crédits étant à nouveau inscrits à l'action « déterminants de santé » du programme « santé publique et prévention ». Cette solution est le fruit d'un **consensus entre le ministère de la santé et des solidarités et la Mildt**.

Il apparaît, en effet, que cette dernière s'est heurtée à de nombreux obstacles pour gérer ces crédits et, selon votre rapporteur, à la mauvaise volonté délibérée de la direction générale de la santé (DGS), visiblement peu disposée à accepter que la Mildt empiète sur ses compétences, notamment s'agissant du choix des associations subventionnées. Outre 12 millions d'euros déconcentrés aux Drass, cette enveloppe a permis, non sans mal, de financer l'aide de l'Etat à la mise sur le marché des trousseaux de réduction des risques, les subventions aux associations nationales et la subvention spécifique à l'Inpes au titre la coordination nationale de la mise en œuvre des états généraux de l'alcool en juin 2006.

Cette querelle de chapelles rend votre commission perplexe au regard des enjeux majeurs de la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie. **Elle ne proposera pas cette année de transférer à nouveau cette enveloppe à la Mildt**, pour ne pas nuire à l'efficacité des actions menées dans ce domaine, mais estime que cet événement traduit plus largement un malaise concernant le rôle et la place de cette institution.

b) L'avenir incertain du fonds de concours

A ces crédits s'ajoute le produit d'un **fonds de concours de 1,5 million d'euros en 2007**, rattaché à l'action « coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif » du programme.

Le fonds de concours de la Mildt

Le fonds de concours de la Mildt, créé en 1994, est abondé par la valeur des biens et du numéraire saisis lors de l'interpellation de trafiquants par la police et la gendarmerie. Son montant est en augmentation continue, du fait de la mise en place progressive du dispositif. Il atteignait 70.000 euros en 2004, 600.000 euros en 2005 et 1,8 million d'euros en 2006. Ce dernier chiffre a même dépassé les estimations de la loi de finances pour 2006, qui en avait fixé le montant à 1,2 million d'euros.

Ce fonds de concours est affecté à la Mildt, qui a ensuite la charge d'en ventiler le contenu entre les différents ministères concernés par la lutte contre la drogue et la toxicomanie, notamment ceux qui ont effectué les saisies, en fonction d'un programme chiffré d'actions ou d'achat de matériel en rapport avec cette politique et validé par la Mildt. On notera que, singulièrement, les douanes, qui ne versent pas leurs saisies au fonds de concours dans la mesure où elles disposent d'un fonds particulier, bénéficient de 30 % de ses recettes.

Toutefois, ce système, qui pose par ailleurs un problème d'inscription budgétaire du fait de la suppression théorique des fonds de concours par la Lolf, est **menacé chaque année de récupération par le ministère de l'économie et des finances**, qui souhaiterait effectuer lui-même la répartition des crédits, avec le risque d'une utilisation mal contrôlée ou, à tout le moins, moins ciblée sur la lutte contre la drogue.

Votre commission, qui s'en était émue l'année dernière, constate avec soulagement que le fonds de concours est, cette année à nouveau, affecté à la Mildt. **Elle souhaite qu'une solution comptable soit rapidement trouvée** pour donner à ces crédits un statut légal leur permettant d'être ventilée par la Mildt au profit des ministères qui œuvrent dans ce domaine.

2. La coordination interministérielle au cœur du programme

Les moyens du programme « drogue et toxicomanie » sont à plus de 87 % affectés à l'action « coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif », qui sera destinataire, **en 2007, de 31,6 millions d'euros**, soit un million de plus (+ 4,3 %) que l'enveloppe prévue par le projet de loi de finances pour 2006 avant le transfert de crédits précité.

• **Les dépenses de fonctionnement représentent 12,8 millions d'euros.** Elles se répartissent inégalement entre :

- **8,8 millions d'euros pour le financement des opérateurs**, dont la répartition sera détaillée ci-après ;

- **4 millions d'euros** qui permettent à la Mildt d'assurer, au niveau national, **l'animation et la coordination des actions menées par les ministères** concernés par la lutte contre la drogue et la toxicomanie. L'objectif est d'impulser la mise en œuvre des actions gouvernementales présentées et validées lors du conseil interministériel annuel de la Mildt, en veillant à la cohérence des mesures prises à ce titre par les administrations. Il s'agit essentiellement d'**actions de formation commune, de prévention et de dotation en moyens matériels et pédagogiques innovants pour les personnels**, décidées en application du plan quinquennal 2004-2008 dans les domaines de la prévention, de la prise en charge et de la répression. C'est sur ce poste que porte l'essentiel des moyens supplémentaires affectés à l'action.

• **Les crédits d'intervention s'élèvent à 19,1 millions d'euros**, soit plus de la moitié des crédits de cette action.

Sur ce total, **14,6 millions d'euros sont délégués aux chefs de projets départementaux** chargés de coordonner la réflexion des acteurs publics, de susciter l'engagement et les cofinancements des administrations déconcentrées, des collectivités territoriales et des autres partenaires dans la mise en œuvre de la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Depuis 2002, ces crédits font l'objet d'une délégation globale non fléchée, qui a permis de mettre en place des actions de prévention, notamment avec l'éducation nationale, les services de l'agriculture et de la jeunesse et des sports ; des conventions départementales d'objectifs justice/santé pour offrir une prise en charge sanitaire et sociale des usagers sous main de justice ; des actions de formation, de communication et de diffusion d'outils de prévention ; des actions expérimentales, notamment la mise en place des consultations « cannabis » au niveau local.

Ces crédits sont répartis en fonction des objectifs définis par **les plans départementaux de lutte contre les drogues illicites**, qui constituent l'échelon local du plan quinquennal, généralisés en 2006. Ces plans sont assortis d'indicateurs de résultats et d'une programmation annuelle d'actions dont les chefs de projet doivent rendre compte. Ils prévoient une stratégie de prévention structurée, concernant en particulier le cannabis, en privilégiant les actions en milieu scolaire et dans les lieux de vie des jeunes. Ils doivent, en outre, soutenir les actions visant à renforcer l'application de la loi Evin dans les lieux publics et la prévention en matière de sécurité routière.

Outre ces crédits délégués, **3,5 millions d'euros** bénéficient au nouveau **réseau régional de documentation**. Cette enveloppe permettra la **labellisation de six centres d'informations et de ressources sur les drogues et dépendances (CIRDD)** supplémentaires en 2007 (cinq l'ont déjà été en 2005 et sept en 2006), comptant chacun quatre emplois équivalents temps plein en moyenne et représentant un budget de 300.000 euros, financé à hauteur de 75 % par la Mildt. Ces centres devraient être cofinancés à 50 % en 2008.

Enfin, **un million d'euros est dédié à un programme de recherche** piloté par la Mildt, dont les priorités sont définies par un conseil scientifique. Des appels d'offre seront lancés dans ce cadre auprès des établissements publics de recherche, afin de permettre aux ministères de disposer d'informations actualisées sur les effets des produits, les types de consommation, les marchés des substances illicites ou encore les déterminants socio-économiques des conduites à risque.

L'année 2007 verra donc la poursuite de la construction du réseau territorial de la Mildt, fondé sur les CIRDD régionaux et les plans départementaux. Votre commission se félicite de cette évolution, qui répond aux critiques émises par la commission d'enquête du Sénat sur la faiblesse du

pilotage et de l'évaluation des politiques locales¹, en permettant une mise en œuvre sur l'ensemble du territoire des grands axes de la politique publique de lutte contre les drogues.

Il conviendra d'en suivre les résultats avec attention, au travers des deux objectifs assignés à cette action par le projet annuel de performance de la mission « Santé ».

Le premier objectif concerne la mobilisation de l'ensemble des administrations et partenaires autour des objectifs du plan quinquennal. L'indicateur associé mesure la prise en compte des soixante objectifs du plan quinquennal dans les stratégies de chaque ministère et de leurs services déconcentrés. Ce taux devrait être de 50 % en 2007 et de 60 % en 2008. Il s'établissait pour mémoire à 23 % en 2005, ce qui laisse imaginer l'ampleur des progrès à réaliser dans ce domaine.

Le second objectif est relatif au renforcement de la cohérence de la politique publique au niveau central et territorial. Deux indicateurs lui sont rattachés : le degré d'articulation des plans départementaux et des CIRDD avec les autres dispositifs locaux (santé publique, prévention de la délinquance, politique de la ville, etc.), pour lequel il est prévu de formaliser 505 coopérations en 2007, et l'effet de levier des financements de la Mildt, pour lequel les objectifs ont été largement revus à la baisse.

3. L'expérimentation réduite à portion congrue

L'action « expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi » sera dotée, en 2007, de **3,1 millions d'euros, soit une diminution massive de 42,5 %**. Ces crédits, qui représentent 8,3 % du programme, correspondent exclusivement à des **moyens d'intervention**, dans la mesure où, rappelons-le, la Mildt n'a pas vocation à pérenniser sur son programme les dépenses de fonctionnement des dispositifs qui relèvent de la compétence des ministères.

Le champ de cette action est, de fait, limité à l'**expérimentation**, dans certains domaines, sur quelques territoires et pendant un temps donné, de **nouveaux modes de prévention, de prise en charge sanitaire et sociale et de respect de la loi** pour le compte des ministères concernés. Ces programmes peuvent être cofinancés par des associations, des organisations professionnelles, des collectivités territoriales ou encore par l'assurance maladie. Ils font ensuite l'objet d'une évaluation par l'OFDT pour décider de leur pérennisation ou non sur les crédits ministériels.

En conséquence, l'objectif associé à cette action porte sur l'**amélioration de la pertinence des dispositifs expérimentaux**. Il s'agit de renseigner le législateur sur l'efficacité et la capacité d'innovation des projets mis en œuvre par la Mildt. L'indicateur de performance correspondant est le

¹ Rapport n° 321 (2002-2003) précité.

nombre de dispositifs repris *in fine* par les ministères ou par d'autres partenaires de la politique de lutte contre la drogue, notamment par l'assurance maladie. Il devrait passer de trois à six en 2007.

En 2005, les consultations « cannabis », qui ont pour mission d'accueillir et de soutenir les jeunes consommateurs et leur famille et de répondre aux difficultés rencontrées pour mesurer l'impact réel des drogues et évaluer leur propre consommation, ont ainsi été reprises par l'assurance maladie. Cela a également été le cas par le ministère de l'éducation nationale du dispositif « lycée sans tabac », lancé dans quatre-vingts établissements.

Cette année, **plusieurs projets lancés en 2006 devraient également être pérennisés**. En matière de prévention, il s'agit du programme mis en œuvre auprès des organisations syndicales et des milieux professionnels, en priorité les plus exposés, afin de réduire les accidents du travail liés à la consommation de substances psycho-actives. Pour ce qui concerne la prise en charge sanitaire et sociale, seront reprises les expérimentations menées sur les dispositifs de repérage précoce et sur les nouveaux modes diversifiés de prise en charge (programmes sans substitution par exemple), ainsi que le plan « crack » à Paris et aux Antilles.

En 2007, les programmes expérimentaux financés sur cette action porteront sur la prévention dans les entreprises pour 400.000 euros, la formation des enseignants expérimentés avec l'institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) de Clermont-Ferrand pour 500.000 euros, la mise en œuvre d'actions dans les zones urbaines sensibles (600.000 euros) et les prisons (500.000 euros). En outre, des expérimentations pourront être proposées par le réseau associatif dans le cadre de l'appel à projet annuel sur le thème de la prévention et du rappel à la loi, pour un montant total d'un million d'euros.

L'essentiel de la diminution de crédits enregistrée cette année s'explique par la pérennisation du plan « crack » et par la prise en charge, par l'assurance maladie, du financement des communautés thérapeutiques, qui ne relèvent désormais plus d'une politique expérimentale.

Il n'en demeure pas moins que **cette baisse de moyens sans précédent inquiète votre commission**. Elle freine en effet, pour plusieurs années, les projets expérimentaux dans le domaine de la lutte contre la drogue, alors même qu'ils sont essentiels au développement d'une politique de prévention et de prise en charge innovante et plus efficace.

4. Un effort supplémentaire en faveur de la coopération internationale

La troisième action du programme est consacrée à la **coopération internationale** en matière de lutte contre la drogue. Elle revêt une importance particulière, dans la mesure où cette politique appelle une approche transversale pour être efficace. C'est pourquoi, **le plan quinquennal**

2004-2008 a prévu de renforcer l'action extérieure de la France au travers de quatre objectifs : le rapprochement des politiques des Etats membres de l'Union européenne, la participation active aux travaux des enceintes internationales (conseil exécutif de l'OMS et commission des stupéfiants de l'ONU notamment), l'intensification des contacts bilatéraux et le développement des actions d'assistance technique.

Cette politique respecte les orientations définies respectivement par l'Union européenne dans le cadre de sa stratégie antidrogue pour la période 2005-2012 et des quarante-six objectifs du plan d'action 2005-2008, ainsi que par les Nations Unies.

La présente action s'inscrit donc dans ce cadre et les crédits, limités (4,1 % du programme), qui lui sont alloués - elle sera **dotée, en 2007, de 1,5 million d'euros, soit une augmentation de 25 % par rapport à 2006** - correspondent au montant des contributions volontaires de la France aux organismes européens et internationaux et au financement de projets d'assistance technique directe ou bilatérale en direction des pays qui n'ont pas encore adopté de dispositifs antidrogue ou qui sont confrontés à des problèmes spécifiques, en particulier dans les zones de trafic.

L'objectif de cette action, le quatrième du programme « drogue et toxicomanie », est d'améliorer la pertinence des échanges internationaux en la matière. L'indicateur de performance associé est la proportion de projets arrivés à échéance dans les zones prioritaires (CEI et Europe centrale, Afrique, Amérique latine, Caraïbes) et faisant l'objet d'une reprise par le pays bénéficiaire ou par une organisation internationale. Cette proportion devrait atteindre 30 % en 2007, contre 20 % en 2006 et 10 % en 2005. Toutefois, il ne s'agit à ce stade que de **prévisions** puisque qu'aucune donnée n'est encore disponible s'agissant de la réalisation de cet objectif, ce que votre commission regrette.

Ces projets sont multiples. En Europe centrale et orientale, la Mildt a ainsi développé des actions de coopération avec la Pologne et la Roumanie dans le cadre des jumelages Phare de l'Union européenne. Elle essaie également de mettre en œuvre des actions de coopération avec l'Ukraine et s'efforce d'engager des relations plus opérationnelles avec la Russie. Pour ce qui concerne le Maghreb, la Mildt intervient auprès du Maroc par le biais de la contribution financière qu'elle apporte à l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDDC), chargé de veiller au respect des règles juridiques internationales applicables aux drogues illicites : la convention unique sur les stupéfiants de 1961, la convention de 1971 sur les substances psychotropes et celle de 1988 contre les trafics illicites de ces substances. Elle a enfin organisé en juin dernier deux séminaires internationaux sur la recherche et le trafic de cocaïne.

C. UN RÉEL PROBLÈME DE PILOTAGE

1. L'inconfortable positionnement de la Mildt

Le décret du 15 septembre 1997 a confié à la Mildt la mission d'animer et de coordonner les actions des vingt ministères concernées par la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie (santé, éducation nationale, intérieur, justice, défense, finances, etc.) et de mobiliser les collectivités territoriales et les associations sur ces problématiques. **Elle n'intervient donc pas directement dans la mise en œuvre des politiques menées** mais doit éviter que des mesures isolées ou des approches contradictoires ne portent préjudice à l'efficacité et à la lisibilité de l'action publique dans ce domaine.

Cette stratégie de coordination interministérielle s'applique également au niveau déconcentré, où la Mildt s'appuie sur un sous-préfet chef de projet « drogues » et sur un coordinateur technique issu le plus souvent de la Ddass. Au niveau régional, un chef de projet attaché à la préfecture de région assure la cohérence avec les schémas départementaux en s'appuyant sur les centres d'information et de ressources, qui rassemblent les outils méthodologiques et les données d'observation. Il s'agit d'inscrire la lutte contre la drogue comme un objectif prioritaire des plans d'action des services territoriaux de l'Etat.

Le positionnement de la Mildt comme coordonnateur de l'action publique explique le choix de deux des quatre objectifs du programme : mobiliser l'ensemble des administrations et partenaires autour des objectifs du plan quinquennal et renforcer la cohérence de la politique publique au niveau central et territorial.

En pratique, le rôle de la Mildt est toutefois loin d'être évident. Outre son rattachement controversé à la mission « Santé » pour les aspects budgétaires¹, elle ne dispose en effet que de **moyens humains limités**. Elle bénéficie à ce titre de trente-sept équivalents temps plein, pour un montant de 2,3 millions d'euros en 2007, inscrits dans l'action « gestion des politiques sanitaires » du programme « conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » de la mission « Solidarité et intégration ». Votre commission s'étonne d'ailleurs de cette diminution de crédits, alors que le nombre d'emplois financés devrait demeurer identique. En outre, il apparaît que les ministères régaliens hésitent à renouveler les contrats de leur personnel mis à disposition de la Mildt, dans la mesure où ils ne sont pas dédommagés de leur contribution par le ministère de la santé.

Par ailleurs, la Mildt n'est pas l'unique opérateur du programme, qui s'appuie également sur trois GIP financés sur les crédits de l'action « coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif » pour un total de **8,8 millions d'euros en 2007**. Ces structures, dont la Mildt

¹ Cf. *infra* p. 62.

assure la direction, emploient 109 personnes en équivalent temps plein pour un coût de 5,4 millions d'euros :

- **drogues alcool tabac info service (Datis)**, est un GIP interministériel de téléphonie créée en 1990, chargé de conseiller et de prévenir les consommations de produits psychoactifs et d'orienter les usagers vers une prise en charge adaptée. Avec plus de 2.500 structures recensées et 1.200 appels par jour en moyenne, il constitue l'un des principaux outils pour l'information du grand public et des professionnels.

Il emploie **63,3 équivalents temps plein** rémunérés par le ministère de la santé et sera doté, en 2007, de **4,7 millions d'euros**. La présidence en est assurée par la Mildt ;

- **l'OFDT**, constitué également sous forme de GIP depuis 1995, assure sous l'autorité de la Mildt les fonctions d'observation des consommations et de diffusion des données et contribue, à ce titre, à la réflexion sur les politiques conduites. Il est renforcé dans cette mission en 2007 par l'intégration de l'activité de documentation de l'association Toxibase, qui devrait permettre de poursuivre le travail engagé auprès du réseau national des CIRDD et d'offrir une information de haut niveau à l'ensemble des professionnels concernés.

Il constitue aussi l'organisme relais, pour la France, du réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies (Reitox), mis en place par l'observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

Il emploie **33 équivalents temps plein**, dont vingt-neuf rémunérés par le ministère de la santé, soit quatre postes de documentalistes supplémentaires précédemment employés par Toxibase. **3,5 millions d'euros lui seront alloués par l'Etat en 2007**, auxquels s'ajoute une subvention du Reitox à hauteur de 105.000 euros ;

- **le centre interministériel de formation antidrogue (Cifad)**, GIP basé à Fort-de-France, propose depuis 2003 des formations aux professionnels de la lutte contre le trafic de drogue dans la zone des Caraïbes. Elles portent sur la surveillance du fret et des passagers et sur le blanchiment de capitaux et s'adressent aux personnels civils et militaires de l'Etat et aux agents des collectivités territoriales et des hôpitaux en poste dans ces départements d'outre-mer, mais aussi à certains fonctionnaires des Etats de cette zone. L'arrêté du 5 août 2003 a placé le Cifad sous l'autorité de la Mildt.

La subvention de l'Etat est fixée à **518.100 euros pour 2007**, que complètent les fonds de coopération régionaux à hauteur de 75.000 euros. Si le Cifad emploie **12,1 équivalents temps plein**, le ministère de la santé n'en finance qu'une infime partie (0,1 équivalent temps plein) ;

Votre commission avait dénoncé, à l'occasion du dernier projet de loi de finances, la multiplication de ces acteurs. Elle avait jugé cette organisation complexe et peu lisible et souhaité qu'une réflexion soit menée pour **intégrer l'ensemble de ces opérateurs dans la Mildt**. Cette critique s'adressait plus particulièrement à l'association Toxibase. Exclusivement financée par la Mildt, elle était chargée, depuis 1986, du pilotage du volet documentaire des CIRDD. En 2006, elle employait 6,4 équivalents temps plein et était dotée de 442.000 euros.

Votre commission se félicite donc de l'intégration de Toxibase au département de documentation de l'OFDT et souhaite que de nouveaux regroupements soient prochainement envisagés.

2. Quel avenir pour le programme « drogue et toxicomanie » au sein de la mission « Santé » ?

On le voit, l'autorité de la Mildt est encore loin d'être assise au niveau interministériel comme sur les différents acteurs de la lutte contre la drogue et la toxicomanie, qui peinent parfois à reconnaître et à comprendre le rôle de cet opérateur hybride. **Son rattachement budgétaire à la mission « Santé » fragilise encore cette position**, et ce pour deux raisons majeures :

- d'une part, la DGS a parfois tendance à considérer que la Mildt se trouve placée sous son autorité, comme l'ont mis en lumière l'épisode du transfert des 18 millions d'euros du programme « santé publique et prévention » au programme « drogue et toxicomanie » l'année dernière et les difficultés de gestion qui en ont résulté dans un contexte relationnel tendu ;

- d'autre part, les autres ministères chargés de cette politique rechignent à reconnaître le rôle de pilotage confié à la Mildt, dans la mesure où celle-ci semble dépendre quasi exclusivement du ministère de la santé et des solidarités. Cette réticence s'est notamment traduite, en 2005, par les menaces que le ministère de l'économie et des finances a fait peser sur l'attribution du fonds de concours.

Le risque est donc grand, comme votre commission l'avait déjà souligné l'an passé, de voir le rôle spécifique de la Mildt et son influence se diluer au profit de la seule politique de santé. On rappellera à ce titre que, dans son rapport public de 1998, la Cour des comptes dénonçait déjà les limites de la coordination interministérielle et reprochait à la Mildt de ne pas parvenir à dépasser un rôle de distributeur de crédits, ni à animer une véritable politique interministérielle.

Il serait dommage de ne pas donner aujourd'hui à cet opérateur les moyens de s'affirmer et d'atteindre les objectifs du plan quinquennal 2004-2008 en mobilisant l'ensemble des services concernés. A cet égard, votre commission considère que les missions et l'organisation transversales de la Mildt plaident pour qu'**une réflexion soit rapidement engagée sur le bien-fondé de son rattachement à la mission « Santé ».**

*

* *

Au vu des observations formulées dans le présent avis, **votre commission a donné un avis favorable à l'adoption des crédits de la mission « Santé ».**

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITION DU MINISTRE

Réunie le mercredi 22 novembre 2006, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a procédé à l'audition de M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, sur le projet de budget de son ministère pour 2007 (mission « Santé » et de M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a rappelé que la santé publique, domaine d'action prioritaire du Gouvernement, doit relever un triple défi : celui de l'égalité d'accès à des soins de qualité, celui de la prévention et celui de l'anticipation des nouveaux risques sanitaires.

La mission « Santé » est donc dotée d'un budget de 430 millions d'euros, en progression de plus de 8 % par rapport à 2006. En particulier, le programme « Santé publique et prévention » augmente de plus de 20 %. Sur ses crédits de 290 millions d'euros, il consacrera notamment 24 millions, soit 1,4 million de plus qu'en 2006, à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et, surtout, 120 millions d'euros à la politique de lutte contre le cancer. Au total, les moyens dévolus à cette priorité nationale sont accrus de près de 25 % afin de permettre la généralisation du dépistage du cancer du sein : l'objectif est de dépister 70 % fin 2006, puis 85 % fin 2007, des femmes de la tranche d'âge concernée, et plus spécifiquement celles qui sont les plus défavorisées et les plus isolées. L'institut national du cancer (INCa) voit son rôle de pilotage de l'ensemble du Plan cancer confirmé, grâce à une subvention de 50,5 millions d'euros. L'effort public concernant la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles, du Sida et des hépatites est également augmenté de 12 millions d'euros, pour atteindre près de 100 millions d'euros en 2007.

M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a fait valoir que ces deux premières priorités ne conduisent pas pour autant le Gouvernement à délaisser les autres champs de la politique de santé publique. Ainsi, l'Etat participera, en 2007, à hauteur respectivement de 5 millions d'euros, 6 millions d'euros et 6,6 millions d'euros, au programme national

« Nutrition santé », au plan « Psychiatrie et santé mentale » et au programme « Qualité de vie et handicap ».

Par ailleurs, le Gouvernement veille à améliorer la prise en charge des maladies liées au vieillissement : les crédits consacrés à ces pathologies seront multipliés par six.

Enfin, l'Etat participera à hauteur de plus de 11 millions d'euros à la lutte contre toutes les formes d'addictions, à travers le plan global de prise en charge et de lutte contre les addictions récemment présenté.

A ce sujet, le travail de coordination mené par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) doit être reconnu, même s'il est nécessaire de clarifier les rôles entre la direction générale de la santé (DGS) et la Mildt, la première ayant les structures adaptées pour gérer des crédits et la seconde ayant besoin de se recentrer sur son rôle de coordination. Cela suppose que les crédits qui ont été transférés l'année dernière vers la Mildt soient réintégrés au sein du programme « Santé publique et prévention » et à nouveau pilotés par la DGS pour financer des actions dans le domaine des addictions.

Abordant enfin le dernier programme de la mission « Santé », consacré à l'offre de soins, **M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités**, a indiqué qu'il sera doté de 104,17 millions d'euros, en augmentation de 2,29 % par rapport à 2006.

Ces crédits doivent d'abord permettre de pérenniser et d'améliorer le bon niveau de l'offre de soins, grâce notamment à un effort particulier en matière de formation. 5 millions d'euros seront ainsi consacrés en 2007 à la mise en place du stage de médecine générale pendant le deuxième cycle. Par ailleurs, 22 millions d'euros seront affectés à la modernisation du système de santé, notamment à celle des agences régionales d'hospitalisation (ARH).

M. Alain Milon, rapporteur pour avis de la mission « Santé », a souhaité savoir si les plans de santé publique atteindront leurs objectifs à échéance, dans la mesure où la lutte contre le cancer absorbe, en 2007, l'essentiel des crédits disponibles. Le Gouvernement n'envisagerait-il pas, in fine, de mettre progressivement ces dépenses à la charge de l'assurance maladie, qui en finance déjà une part considérable ?

M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a indiqué que le cancer ne constitue pas la seule priorité de santé publique du Gouvernement, puisque l'ensemble des crédits de la mission « Santé » augmente de 8 % en 2007. Tous les plans de santé publique, notamment ceux en faveur de la santé mentale, de la lutte contre les maladies chroniques et le plan national nutrition-santé (PNNS), continuent ainsi à être financés pour partie par le budget de l'Etat en 2007. L'Etat en reste donc le pilote et assume les dépenses de la plupart des mesures de prévention, tandis que l'assurance maladie prend en charge les soins et quelques actions de prévention par le

biais du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS).

M. Alain Milon, rapporteur pour avis, a rappelé qu'à l'occasion du vote des crédits de la mission « Santé » pour 2006, le Parlement avait, à l'initiative du Sénat, transféré 18 millions d'euros consacrés à la lutte contre le tabac, l'alcool et les drogues illicites du programme « Santé publique et prévention » au programme « Drogue et toxicomanie ». Il a souhaité savoir pourquoi des difficultés de coopération sont survenues à la suite de ce transfert de la DGS vers la Mildt pour l'utilisation de ces crédits. Cette mésentente pose, plus largement, la question de la légitimité de l'inscription du programme « drogue et toxicomanie », piloté par un opérateur interministériel, au sein de la mission « Santé ».

M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a considéré que la DGS n'a pas fait preuve de mauvaise volonté pour appliquer la décision du Parlement. La Mildt a rencontré des difficultés dans la gestion de ces crédits, notamment pour la partie destinée à subventionner les associations, car sa mission se limite habituellement à la coordination interministérielle. Cette situation a entraîné des difficultés de fonctionnement pour les directions générales de l'action sanitaire et sociale (Drass) et les associations. Il est convenu que la question du positionnement de la Mildt mérite effectivement d'être posée.

Citant le récent avis de la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde), qui qualifie de « discriminatoire » la pratique d'un certain nombre de médecins (entre 10 % et 40 % selon les enquêtes et les spécialités) qui refusent de recevoir des patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale d'Etat (AME), **M. Alain Milon, rapporteur pour avis de la mission « Santé »**, a demandé comment on peut faire évoluer les comportements dans ce domaine et quels sont les moyens budgétaires alloués en 2007 à l'amélioration de l'accès aux soins des plus défavorisés.

M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a fait état de la décision récente d'octroyer un crédit d'impôt pour l'adhésion à une complémentaire santé aux personnes dont les revenus sont supérieurs de 20 % au plafond de la CMU-complémentaire. Il a rappelé qu'une mission sur l'accès aux soins a été confiée au mois d'octobre dernier à M. Jean-François Chadelat, dont les résultats seront connus au mois de décembre. En outre, des brochures sur ce thème seront distribuées prochainement.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis, a soutenu la mise en œuvre d'un plan de lutte contre les addictions incluant l'addiction au jeu. Ce plan trouve-t-il déjà une traduction budgétaire dans le projet de loi de finances pour 2007 ?

M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a indiqué que ce premier plan global de lutte contre les addictions sera décliné au niveau de chaque région, avec la mise en place de consultations en

addictologie pour permettre aux professionnels d'orienter les patients vers les structures qui répondent le mieux à leurs besoins. L'addiction au jeu, parfaitement décrite dans le rapport du sénateur François Trucy, est encore mal connue. Une enquête a été commandée à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) pour mieux cerner les déterminants de ce phénomène.

***Mme Marie-Thérèse Hermange** a souhaité savoir si les relations entre l'INCa et les cancéropoles sont aujourd'hui apaisées.*

***M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités,** l'a rassurée sur ce point, comme en témoignent la nomination d'un nouveau directeur et la tenue d'une prochaine réunion du conseil d'administration de l'INCa.*

***Mme Marie-Thérèse Hermange** s'est interrogée sur l'utilité de la Mildt et sur les actions concrètes qu'elle a jusqu'à présent menées.*

***M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités,** a estimé que la thématique « santé » doit être davantage prise en compte par la Mildt, même si celle-ci a déjà obtenu d'excellents résultats en matière de réduction des risques. Rappelant le débat récemment soulevé par cette mission sur le Subutex, il s'est déclaré défavorable au classement de ce produit comme stupéfiant.*

***Mme Marie-Thérèse Hermange** s'est inquiétée des chiffres encore élevés de la mortalité maternelle. Elle a rappelé les événements graves survenus à Paris, qui ont conduit à faire de l'hôpital Lariboisière un centre de référence pour le soin des hémorragies de la délivrance. Elle a estimé encore insuffisante la prise en charge de la dépression post-partum et le développement d'une politique de prévention, dans les maternités, sur la consommation de drogue, de tabac et d'alcool, à destination des jeunes mères.*

***M. Francis Giraud** a évoqué le problème de la surconsommation médicamenteuse. Lors d'un colloque sur le dossier médical personnel organisé au Sénat, le chiffre de 7 % d'ordonnances dangereuses a été avancé et les services d'urgence sont régulièrement sollicités pour le traitement d'incompatibilités médicamenteuses. Il conviendrait d'entreprendre une campagne de communication sur ce thème et de renforcer la formation médicale en matière de médicament.*

***M. Alain Vasselle** s'est ému des transferts incessants de charges vers l'assurance maladie, au motif que certaines pathologies nécessitent une prise en charge sanitaire. Il a posé la question de la légitimité d'un budget propre au ministère de la santé et des solidarités dans ces conditions et a souhaité que le ministre intervienne prochainement devant la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat sur la question du partage des dépenses de santé entre l'Etat et l'assurance maladie.*

Mme Patricia Schillinger a demandé quelles mesures de prévention sont prévues en direction de la population masculine, en particulier pour le dépistage du cancer de la prostate et les risques d'infarctus.

Mme Anne-Marie Payet s'est félicitée du lancement du plan de lutte contre les addictions, notamment dans les départements où l'addiction au jeu est importante, comme en Corse et à la Réunion. Ne conviendrait-il pas de limiter la publicité incitant au jeu d'argent dans les départements les plus sensibles à cette tentation ?

En réponse aux différents intervenants, M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a indiqué que le plan périnatalité bénéficiera de 214 millions d'euros sur trois ans. Il devra s'attacher à améliorer les résultats du système de santé en matière de mortalité maternelle et à répondre aux besoins en personnel, notamment des gynécologues obstétriciens et des sages-femmes.

Il a précisé que le plan de lutte contre les addictions sera ciblé sur les adolescents, les femmes enceintes et le monde du travail.

Il a considéré que le problème de la polymédication ne peut pas être traité par le seul recours à des campagnes d'information et qu'il convient également de développer les logiciels d'aide à la prescription. Le dossier médical personnel devrait aussi permettre d'éviter les interactions entre produits.

Il a estimé que la santé ne doit pas être considérée comme une dépense ordinaire pouvant relever de la maîtrise comptable et s'est déclaré très disposé à s'entretenir de ce sujet avec les membres de la Mecss.

Concernant la politique de prévention, il a indiqué que la plupart des actions, comme le dépistage du cancer du colon, sont indifféremment destinées aux hommes et aux femmes, mais a convenu qu'un effort particulier doit être fait en direction des jeunes hommes, qui n'ont souvent que peu de contacts avec les professionnels de santé. Il a souhaité qu'ils puissent, comme les étudiants, bénéficier d'une consultation de prévention.

M. Nicolas About, président, a confirmé que les femmes sont en moyenne mieux suivies par le système médical que les hommes : ainsi, 15 % des nouveaux cas de Sida détectés le sont au cours d'une grossesse. Par ailleurs, le fait que 45 % des cas de Sida soient découverts lors d'opérations de dépistages volontaires justifie leur utilité. Il s'est, en conséquence, inquiété que l'on puisse envisager la suppression de la visite médicale prénuptiale.

M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, s'est déclaré opposé à cette suppression. Il a également annoncé qu'un rendez-vous santé de prévention sera mis en place pour les personnes de soixante-dix ans. Il a enfin indiqué avoir saisi le Conseil national du Sida de l'opportunité de rendre le dépistage du Sida systématique, comme tel est le cas aux Etats-Unis.

*En réponse à Mme Marie-Thérèse Hermange, **M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille**, a ajouté que le plan périnatalité permettra de multiplier les rendez-vous entre les jeunes parents et la protection maternelle et infantile (PMI) - au quatrième mois de grossesse, à la maternité, à domicile et à la crèche - afin de repérer les femmes qui connaissent des difficultés avec leur enfant. Ces actions se poursuivront quand l'enfant grandira, en lien avec la médecine scolaire. Toutes ces mesures, prévues par le projet de loi sur la protection de l'enfance, seront financées par un fonds spécifique abondé par le fonds national d'action sociale (Fnas) de la Cnaf. Il a confirmé que ce projet de loi sera bien adopté avant la fin de la session parlementaire.*

Il s'est félicité, en outre, de la mise en place d'une visite de prévention à soixante dix ans dans le cadre du plan « grand âge », qui devrait faciliter le dépistage des troubles cognitifs, psychiques et de la nutrition.

***Mme Marie-Thérèse Hermange** s'est déclarée très favorable au développement des visites à domicile pour les jeunes mères. Aux Pays-Bas, toutes les mères ont droit à un soutien à domicile pendant le mois qui suit la naissance de leur enfant. Ce soutien devrait être systématique en France, y compris si la mère et l'enfant n'ont pas de problème médical particulier, car les dépressions post-partum surviennent dans 15 % des naissances environ.*

Elle s'est également félicitée de la mise en place d'une consultation de prévention pour les personnes âgées, même si l'âge de soixante-dix ans lui semble trop élevé, notamment pour les hommes, qui sont exposés à des pathologies spécifiques à partir de cinquante cinq ans.

***M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille**, a reconnu qu'il faudrait mettre en place d'autres consultations de prévention spécifiques aux hommes.*

II. EXAMEN DE L'AVIS

Réunie le **mercredi 29 novembre 2006**, sous la **présidence de M. Nicolas About, président**, la commission a procédé à l'**examen du rapport pour avis de M. Alain Milon, sur le projet de loi de finances pour 2007 (mission « Santé »)**.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis de la mission « Santé », a présenté les grandes lignes de son rapport (cf. exposé général du présent avis).

M. Jean-Pierre Godefroy a estimé l'avis présenté trop critique pour pouvoir donner un avis favorable à l'adoption des crédits de la mission. Si les moyens sont renforcés pour le « plan cancer », les difficultés d'application demeurent sur le terrain en raison du manque de médecins dans certains départements ruraux, la Manche par exemple, où les femmes doivent attendre huit à neuf mois pour un dépistage du cancer du sein.

Il s'est en revanche félicité de la constance des moyens consacrés à la lutte contre le Sida et a estimé que, sans contester son intérêt, la vente des préservatifs à 20 centimes d'euro constitue une diversification singulière de l'activité des buralistes confrontés à la diminution des ventes de cigarettes.

Il s'est étonné que la taxe applicable aux publicités sur les produits caloriques ne soit pas encore entrée en vigueur. Ce délai de mise en œuvre est trop long, comme l'a été d'ailleurs celui de l'apposition du pictogramme de prévention à destination des femmes enceintes sur les conditionnements d'alcool.

En ce qui concerne le problème du refus de soins par certains médecins aux bénéficiaires de la CMU et de l'AME, il a demandé l'application de sanctions sévères à leur encontre et a souhaité plus largement attirer l'attention de la commission sur les difficultés d'accès aux soins pour les personnes qui ne bénéficient plus du tiers payant.

Il a constaté, pour la lutte contre la toxicomanie, que si le projet de loi de prévention de la délinquance multiplie les mesures coercitives, le projet de budget limite inversement les moyens alloués à cette politique.

Il a enfin considéré que, s'il était indispensable de retirer le volet « psychiatrie » du même projet de loi « délinquance », il est inacceptable de traiter ces questions par voie d'ordonnance, d'autant que les dispositions

prévues font l'objet d'un débat et sont en totale contradiction avec les propositions de la HAS en la matière.

***M. Louis Souvet** s'est inquiété des conséquences sur l'emploi de la limitation drastique de la subvention de l'Etat à la HAS. Il a également estimé très insuffisante la dotation de 5,6 millions d'euros pour le plan de santé mentale, compte tenu de l'ampleur des besoins.*

Il a souhaité qu'un moyen soit rapidement trouvé pour permettre aux médecins étrangers d'exercer de façon durable dans les hôpitaux français et a considéré que les médecins coupables de discrimination dans l'accès aux soins doivent être fermement sanctionnés.

***Mme Bernadette Dupont** a demandé si une partie des crédits affectés au plan santé mentale est consacrée à la problématique particulière de la prévention du suicide des jeunes.*

***Mme Sylvie Desmarescaux** a jugé ce budget inquiétant, notamment en ce qui concerne la diminution des moyens consacrés à la lutte contre les addictions, domaine dans lequel les progrès sont fragiles, ainsi que de la faiblesse des crédits affectés à l'action « qualité de la vie et handicap ». Elle a estimé, plus largement, que le financement des plans de santé publique repose de manière excessive sur l'assurance maladie.*

Reconnaissant par ailleurs que le comportement des médecins qui refusent de recevoir les bénéficiaires de la CMU et de l'AME est anormal, elle a considéré que les patients doivent également être rappelés à l'ordre lorsqu'ils ne respectent pas leurs devoirs vis-à-vis des soignants.

*Abordant le problème des discriminations géographiques et sociales en matière d'accès aux soins, **M. André Lardeux** a considéré que la solution ne peut être immédiate, dans la mesure où il faut au moins dix ans pour former un médecin et où la question de la liberté d'installation reste taboue. Les attentes professionnelles des jeunes médecins ont changé : les critères familiaux, sociaux et environnementaux jouent de plus en plus dans leur choix de carrière, d'autant que 70 % des jeunes diplômés sont des femmes qui ne souhaitent plus être assujetties aux mêmes contraintes horaires que leurs prédécesseurs. Concernant les discriminations à l'égard des bénéficiaires de la CMU et de l'AME, il a jugé que ce phénomène touche plus particulièrement l'Ile-de-France et s'explique aussi souvent par la désinvolture de certains patients vis-à-vis des professionnels de santé.*

***M. Francis Giraud** a observé que, plus qu'une question de moyens budgétaires, les problèmes évoqués traduisent l'évolution des mentalités du corps médical, auquel ses devoirs doivent être rappelés dans le cadre de la formation initiale et continue, et l'ignorance d'une partie de la population, en direction de laquelle un effort d'éducation à la santé doit être mené.*

***M. Guy Fischer** a qualifié ce budget de « trompe-l'œil », estimant que l'effort en faveur du « plan cancer » ne constitue qu'un rattrapage des dotations insuffisantes des années précédentes. Il a rappelé, à cet égard, que*

le projet « étoile » des régions Rhône-Alpes et Auvergne a failli être abandonné faute de moyens. Il a également regretté les transferts de charges incessants vers l'assurance maladie.

Il s'est inquiété des inégalités récurrentes en matière d'accès aux soins, tant en milieu rural que dans les quartiers difficiles. L'accompagnement sanitaire des bénéficiaires de minima sociaux doit être renforcé et les médecins coupables de discrimination doivent être sanctionnés.

Il s'est élevé contre la décision du Gouvernement de légiférer par ordonnance pour réformer la psychiatrie, alors même que ce secteur est sinistré et qu'il doit faire l'objet d'un vaste débat public.

Il a enfin souhaité que soit renforcée la lutte contre les addictions, qui accroissent les inégalités sociales et professionnelles.

Mme Brigitte Bout s'est félicitée de la différenciation opérée prochainement entre la prévention de la délinquance et la prise en charge des malades mentaux.

Par ailleurs, elle a fait état des bons résultats obtenus dans sa commune en matière de lutte contre l'obésité, où des actions sont menées depuis 1992 dans le cadre d'un contrat ville-santé. L'application rapide de la taxe sur les publicités en faveur des produits caloriques est donc hautement souhaitable.

Mme Isabelle Debré s'est inquiétée de l'insuffisance des crédits affectés à certaines pathologies, notamment la lutte contre les addictions.

Elle a également dénoncé l'attitude de certains bénéficiaires de la CMU, qui ne se rendent pas aux rendez-vous fixés ou ne présentent pas leur carte Vitale au médecin, et a estimé que de telles attitudes peuvent justifier un refus de soins.

M. Jean-Pierre Michel a considéré que la présentation des crédits de cette mission ne peut se conclure que par un vote défavorable.

Reconnaissant l'existence de fraudes à la CMU, il a estimé que les caractéristiques sociales de la population concernée doivent être prises en compte et qu'il faut informer les personnes les plus défavorisées sur leurs droits et leurs devoirs en matière d'accès aux soins.

Sur les moyens affectés à la santé mentale, il les a jugés très inférieurs aux besoins, notamment en pédopsychiatrie et en obstétrique, et a regretté que l'on envisage une réforme majeure des textes par voie d'ordonnance.

En réponse aux intervenants, **M. Alain Milon, rapporteur pour avis**, a rappelé que les crédits de la mission « Santé » n'ont pas vocation à financer l'ensemble des plans de santé publique, mais seulement les mesures de prévention et d'éducation prévues dans ce cadre.

Il a indiqué que des crédits sont spécifiquement prévus pour la prévention du suicide des jeunes dans le plan « santé mentale ».

Il a estimé que les problèmes de démographie médicale vont s'aggraver dans les cinq prochaines années. Ce sujet difficile sera traité dans le rapport d'information confié sur ce thème à M. Jean-Marc Juilhard par la commission.

Il a considéré que la réussite des « plans cancer » et de lutte contre les addictions doit être reconnue, même si les efforts doivent être poursuivis, notamment dans le domaine de l'alcoolisme des jeunes.

Concernant enfin l'accès aux soins des plus défavorisés, il a observé qu'il s'agit essentiellement d'un problème francilien et qui concerne plus particulièrement les médecins spécialistes. Il a rappelé que le médecin conserve sa liberté de soigner, en l'absence de danger pour le patient, et que les malades ont également des devoirs vis-à-vis des professionnels de santé.

A l'issue de ce débat, la commission a émis un avis favorable à l'adoption des crédits de la mission « Santé » pour 2007.