

N° 103

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2005-2006

Annexe au procès-verbal de la séance du 24 novembre 2005

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances pour 2006, 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, 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, Patricia Schillinger, M. Jacques Siffre, Mme Esther Sittler, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Alain Vasselle, François Vendasi, André Vézinhét.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (12^{ème} législ.) : 2540, 2568 à 2573 et T.A. 500

Sénat : 98 et 99 (annexe n°25) (2005-2006)

Lois de finances.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
I. LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE PRÉVENTION AU CŒUR DE LA MISSION SANTÉ	7
A. UNE GESTION RENFORCÉE DES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE	7
1. <i>La loi du 9 août 2004 et la LOLF : deux avancées législatives pour la lisibilité et l'efficacité des politiques de santé</i>	7
2. <i>Un pilotage plus efficace des politiques de santé</i>	9
B. DES ACTIONS CIBLÉES SUR DES PRIORITÉS SANITAIRES IDENTIFIÉES	10
1. <i>Modifier les comportements à risque et limiter les risques environnementaux</i>	10
a) Les résultats encourageants de la lutte contre les pratiques à risque.....	11
b) Vers un second programme national nutrition-santé	13
c) La montée en charge progressive du plan national de santé environnementale.....	14
d) Le lancement annoncé du plan « violence et santé »	14
2. <i>Mieux prévenir et prendre en charge les pathologies</i>	15
a) La lutte contre le cancer, une priorité absolue des pouvoirs publics.....	15
b) Les efforts ne doivent pas être relâchés pour la lutte contre le VIH/Sida	17
c) Des moyens plus limités pour les autres pathologies.....	18
3. <i>Réduire les risques de handicap et en limiter les conséquences</i>	20
C. LE RÔLE ESSENTIEL DES OPÉRATEURS	21
1. <i>Le budget de l'Inpes, où « comment faire autant avec moins de moyens ? »</i>	21
2. <i>La dotation significative de l'INCa, symbole de la priorité donnée à la lutte contre le cancer</i>	23
II. LE PROGRAMME « OFFRE DE SOINS ET QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS » : UNE MARGE DE MANŒUVRE RÉDUITE	26
A. UN BUDGET DÉNUÉ D'ENVERGURE	26
B. TROIS ACTIONS D'INÉGALE IMPORTANCE	27
1. <i>La priorité à la formation</i>	27
2. <i>L'innovation sacrifiée</i>	31
3. <i>Les ARH au cœur du pilotage de l'offre de soins</i>	32
C. QUEL ACCÈS AUX SOINS POUR LES PLUS DÉFAVORISÉS ?	34
1. <i>Des inégalités persistantes</i>	34
2. <i>Les risques de la réforme de l'AME et de la CMU-C</i>	35

III. LA LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE : UNE POLITIQUE À CONFORTER	36
A. DES MOYENS LIMITÉS POUR LUTTER CONTRE UN FLÉAU DE SANTÉ	36
1. <i>Des chiffres inquiétants</i>	36
2. <i>Des moyens budgétaires tronqués</i>	37
a) Une dotation budgétaire traditionnellement stable	37
b) L'imputation singulière des crédits destinés au tabac, à l'alcool et au volet sanitaire de la lutte contre la toxicomanie	38
c) L'avenir incertain du fonds de concours	38
B. DES ACTIONS À RENFORCER	39
1. <i>La prévention, la prise en charge sanitaire et la répression : trois axes pour lutter contre la toxicomanie</i>	39
2. <i>La poursuite des expérimentations</i>	41
3. <i>Une action extérieure qui ne peut se passer des acteurs internationaux</i>	42
C. LA MILDT PEINE ENCORE À TROUVER TOUTE SA PLACE	44
1. <i>Un rôle théoriquement renforcé par le plan quinquennal</i>	44
2. <i>Une myriade d'opérateurs qui pourraient être regroupés</i>	45
TRAVAUX DE LA COMMISSION	47
I. AUDITION DU MINISTRE	47
II. EXAMEN DE L'AVIS	50
AMENDEMENT ADOPTÉ PAR LA COMMISSION	57

Mesdames, Messieurs,

Avec la mise en œuvre effective de la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001 (LOLF), la structure et le périmètre du budget de la santé se trouvent, cette année, profondément modifiés.

La nouvelle mission ministérielle Santé 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. En conséquence, elle comprend **trois programmes** d'inégale importance : « santé publique et prévention », « offre de soins et qualité du système de soins » et « drogue et toxicomanie ».

Les crédits dont elle dispose s'élèvent, en 2006, à 409,2 millions d'euros en autorisations d'engagement et **399,3 millions d'euros** en crédits de paiement, soit une augmentation de 10,1 % par rapport à 2005.

Les crédits de la mission Santé

Programmes	Crédits de paiement (en millions d'euros)
Santé publique et prévention	259,6
Offre de soins et qualité du système de soins	102,3
Drogue et toxicomanie	37,3
Total	399,2

Source : Direction générale de la santé

Ces crédits ne représentent qu'une part minoritaire de l'ensemble des moyens affectés 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 ; l'assurance maladie ainsi que certains opérateurs financent l'essentiel des mesures ; enfin, les frais de personnel sont imputés sur une autre mission Solidarité et Intégration. Sur ce dernier point, **votre**

commission souhaite que ces personnels soient, à l'avenir, intégrés dans la mission Santé pour une plus grande sincérité de la présentation du budget.

Selon le ministère de la santé et des solidarités, la mission Santé poursuivra, en 2006, **quatre priorités** :

- le renforcement de la prévention, en particulier concernant le VIH/Sida, le cancer du sein et le cancer colorectal ;

- l'amélioration du pilotage et de l'évaluation de la politique de santé ;

- l'amélioration de la gestion des établissements et des personnels de santé ;

- le renforcement de la cohérence interministérielle en matière de lutte contre la drogue.

Pour autant, l'analyse du projet de budget fait apparaître que les actions en faveur de l'amélioration de l'offre de soins et de la lutte contre la drogue et la toxicomanie ne constituent pas des priorités pour 2006, ce que votre commission regrette. En revanche, les efforts s'intensifient effectivement en matière de **prévention et de prise en charge des pathologies**, notamment le cancer.

I. LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE PRÉVENTION AU CŒUR DE LA MISSION SANTÉ

Le programme « santé publique et prévention » de la mission Santé poursuit **cinq objectifs** : concevoir et piloter la politique de santé publique, promouvoir l'éducation pour la santé, diminuer la mortalité et la morbidité évitables, améliorer la qualité de vie des personnes malades et réduire les inégalités de santé par une couverture plus large des actions de prévention.

Pour y répondre, **quatre actions** ont été définies : « pilotage de la politique de santé publique », « déterminants de santé », « pathologies à forte morbidité/mortalité » et « qualités de la vie et handicaps », conduites sous la responsabilité de la direction générale de la santé (DGS) du ministère de la santé. Elles regroupent les mesures de pilotage des politiques de santé mais aussi l'ensemble des plans stratégiques ciblés sur des pathologies et des risques prioritaires.

La mise en œuvre des actions 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 le nouvel Institut national du cancer (INCa).

A. UNE GESTION RENFORCÉE DES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE

1. La loi du 9 août 2004 et la LOLF : deux avancées législatives pour la lisibilité et l'efficacité des politiques de santé

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a défini un nouveau cadre d'action en matière de santé publique, construit autour de trois principes : l'affirmation du rôle de l'Etat en matière de prévention, la coordination des moyens sanitaires au niveau régional et la publication de cent objectifs prioritaires assortis de tableaux de bord permettant de suivre et d'évaluer les politiques menées.

L'affirmation du rôle majeur de l'Etat en matière de pilotage de la politique de santé publique, notamment pour les actions de prévention, constitue l'une des avancées majeures de ce texte. En effet, le paradoxe français - une espérance de vie élevée mais une forte morbidité avant soixante-cinq ans - s'explique, selon le Haut Comité de la santé publique (HCSP), par la faiblesse des moyens accordés à la prévention au regard de ceux dévolus au système de soins.

La mise en œuvre de la LOLF à partir du présent projet de loi de finances pour 2006 traduit ce recentrage avec le **rassemblement des crédits dévolus aux actions de santé publique financées par l'Etat dans le nouveau programme « santé publique et prévention »**.

Les crédits qui lui sont alloués atteignent **259,6 millions d'euros pour 2006**, soit une augmentation de 23,8 % par rapport à 2005. Ils se partagent très inégalement entre les quatre actions qui le composent.

Les crédits du programme « santé publique et prévention »

Actions	Crédits de paiement (en euros)	Variation 2006/2005 (en %)
Pilotage de la politique de santé publique	28.383.892	+ 21,88
Déterminants de santé	34.739.826	- 6,03
Pathologies à forte morbidité/mortalité	190.374.874	+ 30,26
Qualité de la vie et handicaps	6.122.438	+ 57,90
Total	259.621.030	+ 23,37

Source : Direction générale de la santé

Pour sa mise en œuvre, ce programme se décline en un budget opérationnel de programme (Bop) de la DGS et un Bop régional dans chaque région métropolitaine, département et collectivité territoriale d'Outre-mer.

Les crédits inscrits au programme « santé publique et prévention » ne retracent toutefois pas complètement les moyens mis à disposition des pouvoirs publics pour mener à bien ces actions. Il convient de tenir compte également :

- des **crédits de personnels** inscrits au programme « conduite et soutien de la politique sanitaire et sociale » de la mission Solidarité et Intégration pour **88,8 millions d'euros**, dont près de 70 millions pour l'action « pathologies à forte morbidité/mortalité » ;

- des **dépenses fiscales** dont l'objet principal contribue au programme, notamment l'exonération des indemnités et prestations servies aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles (520 millions d'euros en 2006) et l'exonération des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies « longues et coûteuses » (200 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.

La LOLF fixe des **indicateurs de performance** pour mesurer l'efficacité des actions conduites. Pour le programme « santé publique et prévention », ces indicateurs sont au nombre de dix-sept et répondent du respect de sept objectifs : rédiger et publier dans les meilleurs délais les textes d'application des lois et de transposition de directives européennes ; accroître l'implication des citoyens dans la politique de santé publique ; améliorer la connaissance de l'état de santé des Français ; réduire la prévalence des

pratiques addictives ; réduire l'exposition des populations à certains risques environnementaux ; renforcer l'adoption de comportements de prévention du VIH/Sida ; améliorer le dépistage organisé du cancer du sein.

Votre commission approuve largement le principe de la démarche, qui va dans le sens d'une meilleure évaluation des politiques menées. Elle regrette toutefois le **grand nombre d'indicateurs encore en construction dans le présent projet de budget.**

2. Un pilotage plus efficace des politiques de santé

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.

L'action « pilotage de la politique de santé publique » est dotée, pour 2006, de **28,4 millions d'euros**. Outre une subvention de 6,2 millions d'euros à l'Inpes, ces crédits sont consacrés au financement :

- des actions de formation, d'études et de recherche en santé publique pour **8,4 millions d'euros** ;

- des structures de pilotage de la politique de santé créées par la loi du 9 août 2004 (les conférences nationale et régionales de santé, le Haut conseil de santé publique [HCSP], le comité national de santé publique [CNSP] et les groupements régionaux de santé publique [GRSP]), des études sur les conditions de délivrance et d'utilisation des produits de santé et des actions d'observation et de suivi de l'état de santé de la population, pour **2,3 millions d'euros**.

En 2006, un nouveau système de télétransmission des actes de décès sera ainsi mis en place pour améliorer le suivi des indicateurs de santé en affinant les connaissances épidémiologiques sur les causes de décès ;

- des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) pour les plus défavorisés, pour **10 millions d'euros**.

A cet égard, votre commission, alertée par des associations qui oeuvrent dans ce domaine, souhaite qu'une réflexion plus large soit menée sur l'accès aux soins des populations précaires, notamment sur les **conséquences de la réforme de l'aide médicale d'Etat (AME)**.

En outre, **1,4 million d'euros seront consacrés en 2006 au paiement des frais de justice** dus par l'Etat pour des condamnations touchant le ministère de la santé.

Outre l'Inpes, l'INCa et les ministères concernés, l'Institut national de la santé et de la recherche (Inserm), l'Institut national de veille sanitaire (InVS), les agences régionales d'hospitalisation (ARH), les collectivités territoriales, les comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé (CRES et Codes), les observatoires régionaux de la santé (ORS) et les associations intervenant dans le domaine de la santé interviennent dans la mise en œuvre de cette action. L'assurance maladie y participe également dans le cadre des GRSP.

B. DES ACTIONS CIBLÉES SUR DES PRIORITÉS SANITAIRES IDENTIFIÉES

Le renouveau d'une politique de santé publique centrée sur la prévention, avec la loi du 9 août 2004 précitée, s'appuie sur la mise en œuvre de **plans stratégiques pour la période 2004-2008**, consacrés à des priorités sanitaires identifiées : le cancer, de loin le plan le plus abouti et le mieux doté, la violence et les conduites addictives, les risques environnementaux, les maladies chroniques et les maladies rares. Le programme national nutrition-santé (PNNS), les plans santé mentale et de lutte contre la maladie d'Alzheimer, ainsi que les actions menées dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida complètent cette nouvelle organisation de la politique de santé.

La place prépondérante du plan cancer ne permet pas, en 2006, de doter les autres plans de manière satisfaisante et les met, de fait, **à la charge de l'assurance maladie**, ce que votre commission regrette.

Les actions « déterminants de santé », « pathologies à forte morbidité/mortalité » et « qualité de la vie et handicaps » du programme « santé publique et prévention » regroupent les crédits étatiques destinés à la mise en œuvre de ces plans. Leur découpage correspond aux **trois types de préventions définis par l'OMS** : la prévention primaire qui consiste à éviter la survenance de la maladie en agissant sur les déterminants endogènes ou exogènes ; la prévention secondaire pour dépister et prendre en charge le plus précocement possible ; enfin, la prévention tertiaire qui vise à limiter les incapacités des personnes malades ou handicapées.

1. Modifier les comportements à risque et limiter les risques environnementaux

L'action « déterminants de santé » 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. Plusieurs partenaires et opérateurs sont associés au ministère de la santé pour leur mise en œuvre : l'Inpes, la MILDT, la CNAM, les professionnels de santé, mais aussi les associations de prévention et de lutte contre les conduites addictives. Cette action est dotée, **en 2006, de 34,7 millions d'euros, soit une diminution de 6 %**. Hors la subvention à l'Inpes pour 7,4 millions d'euros et les dépenses de

fonctionnement (essentiellement des dépenses de communication), 27 millions d'euros servent au développement des actions visant les principaux déterminants de santé.

Les déterminants de santé ont été fixés à six par le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique : la tabac, l'alcool, les traumatismes par accidents et violences, la toxicomanie, la nutrition et l'activité physique, l'environnement.

a) Les résultats encourageants de la lutte contre les pratiques à risque

Le plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, recouvre la majorité des actions menées sur ces trois déterminants de santé pour la période 2004-2008, une partie étant intégrée au plan « cancer ».

- Des actions visant à réduire la consommation d'alcool et à prévenir le risque d'**alcoolisme** ont été mises en œuvre dès les années 1950. Elles ont progressivement contribué à la diminution générale de la consommation et des risques afférents. Très largement en tête du classement mondial des pays en termes de consommation d'alcool par habitant au début des années 1960, la France se situe désormais au sixième rang. Ainsi, la consommation moyenne par habitant de plus de quinze ans est passée de 26 litres d'alcool pur en 1962, à 13,2 litres en 2003, soit une diminution de moitié en quarante ans.

La consommation addictive (supérieure à trois verres par jour pour les hommes et à deux pour les femmes selon l'OMS) touche toutefois encore **18 % des hommes et 6 % des femmes**. Les décès liés à une dépendance alcoolique (cirrhose du foie et cancer des voies aéro-digestives supérieures) se sont élevés à 23.000 en 2000. Toutefois, parallèlement à la baisse de la consommation, ces pathologies ont diminué de façon continue depuis le début des années 1960.

Le plan quinquennal fixe **deux objectifs** à la poursuite de la politique de lutte contre l'alcoolisme : abaisser les consommations régulières aux seuils définis par l'OMS et faire évoluer et respecter la législation. La loi du 9 août 2004 a en effet considérablement renforcé le dispositif législatif fixé par la loi du 10 janvier 1991 dite « loi Evin ». En outre, à l'initiative de notre collègue Anne-Marie Payet, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées rend obligatoire, sur les conditionnements d'alcool, la présence de **messages sanitaires destinés aux femmes enceintes**.

A partir de 2005, le plan, jusqu'alors nettement axé sur la lutte contre le tabac, a réorienté ses actions en faveur de la lutte contre l'alcoolisme. En 2006, cette évolution se poursuit avec, en particulier, un effort en matière de diffusion des bonnes pratiques à l'attention des professionnels de santé en vue de développer le repérage précoce des consommations problématiques.

- Pour ce qui concerne **la lutte contre le tabagisme**, le plan a la charge de confirmer et de renforcer les premiers résultats encourageants des politiques menées. On rappellera que le tabac constitue encore aujourd'hui la première cause de mortalité évitable, avec 66.000 décès par an.

L'engagement avait été pris, lors de la Journée mondiale sans tabac de 2003, de réduire le tabagisme des jeunes de 30 % et celui des adultes de 20 %, en cinq ans. Moins d'un an après, plus de la moitié de l'objectif avait déjà été atteint, puisque d'après l'enquête Inpes/Ipsos de décembre 2003 comparé au précédent Baromètre Santé de 1999, la prévalence du tabagisme avait chuté de 12 % dans la population générale et de 18 % chez les femmes et les jeunes. Cette évolution est confirmée par le Baromètre santé 2004.

Du fait des mesures fiscales mises en œuvre, les ventes de cigarettes ont chuté de 21 % entre 2003 et 2004. 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.

Outre l'instrument fiscal, la politique de lutte contre le tabagisme s'appuie essentiellement sur le **renforcement des avertissements sanitaires** sur les paquets de cigarettes, en application de l'arrêté du 5 mars 2003, et sur les emballages de papier à rouler à partir de 2006 (arrêté du 27 mai 2004). Des **restrictions législatives** ont également été adoptées, comme l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs de moins de seize ans.

Pour 2006, les actions s'inscriront dans la continuité des objectifs fixés par le plan quinquennal : empêcher ou retarder la première cigarette, inciter et aider les fumeurs à arrêter, protéger les non fumeurs et faire évoluer et appliquer la législation. Il conviendra également de respecter au mieux les objectifs de 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.

Pour mener à bien la partie du plan consacrée au tabac et à l'alcool, le projet de budget pour 2006 prévoit **4,7 millions d'euros**.

- **Le volet consacré à la lutte contre la toxicomanie est doté, pour sa part, de 13,3 millions d'euros** destinés au soutien des réseaux toxicomanie-ville-hôpital, des structures d'accueil pour toxicomanes en situation précaire, des unités pour les personnes sortant de prison, des ateliers d'aide à l'insertion et des équipes mobiles de proximité. Il s'agit aussi de financer des programmes d'échange de seringues et la mise à disposition de matériel d'injection stérile.

Votre commission soutient très largement l'ensemble des mesures de ce plan. Elle s'étonne toutefois de leur **imputation budgétaire sur le programme « santé publique et prévention »**. Il lui semblerait, en effet, compte tenu du pilotage de ce plan par la MILDT, plus conforme à la sincérité

budgétaire d'intégrer ces crédits, soit 18 millions d'euros, au programme « drogue et toxicomanie ». Elle vous proposera un amendement en ce sens.

b) Vers un second programme national nutrition-santé

Le PNNS a été lancé en 2001. Axé sur la prévention primaire, le dépistage et la prise en charge précoce des personnes en surpoids, il a pour objectif de réduire de 20 %, à échéance 2005, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes et d'interrompre l'augmentation de celle des enfants.

Les axes stratégiques du programme national nutrition-santé

- informer et orienter les consommateurs vers les choix alimentaires sains ;
- prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels ;
- impliquer l'industrie agroalimentaire et la restauration collective dans la lutte contre l'obésité ;
- mettre en place des systèmes de surveillance nutritionnelle de la population ;
- développer la recherche en nutrition humaine ;
- engager des actions de santé publique destinées à des groupes spécifiques.

Ce programme a fait l'objet d'actions variées depuis cinq ans, notamment plusieurs campagnes de communication lancées par l'Inpes sur le thème du « bien manger ». Il a également contribué à une prise de conscience des politiques. La loi du 9 août 2004 a ainsi rendu obligatoire, sous peine du paiement d'une contribution à l'Inpes, une information sanitaire liée aux publicités pour des produits caloriques et interdit les distributeurs de boissons et de produits alimentaires dans les écoles, à compter du 1^{er} septembre 2005.

Outre la contribution annuelle de l'assurance maladie, qui s'établit à 5 millions d'euros, et les crédits de l'Inpes consacrés aux campagnes sur l'alimentation, **le PNNS dispose, pour 2006, de 3,5 millions d'euros**. Avec la fin du programme initial, une mission de préfiguration, qui rendra ses conclusions à la fin de l'année 2005, a été chargée de réfléchir à **la mise en œuvre d'un second PNNS**.

Votre commission a, dans le cadre de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps) à cette occasion, travaillé sur le thème de l'obésité. L'étude commandée à l'Inserm a fait état de **lacunes dans l'évaluation des actions**, pourtant novatrices, menées dans le cadre du PNNS¹. De fait, leurs résultats sur la prévalence de l'obésité et du surpoids ne sont pas encore connus. Votre commission souhaite donc que **le prochain PNNS inscrive l'évaluation au cœur de ses objectifs**, afin d'en mesurer plus sûrement l'efficacité.

¹ Gérard Dériot « Obésité : comprendre, prévenir, aider ». OPEPS, rapport n° 8 (2004-2005).

c) La montée en charge progressive du plan national de santé environnementale

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).

Le plan est organisé autour de quarante-cinq actions. Au terme de sa première année d'existence, des avancées ont été obtenues pour la moitié d'entre elles. Ainsi, le recensement de l'ensemble des tours aérorefrigérantes a été effectué dans le cadre de la prévention de la légionellose ; la gratuité des examens médicaux a été instaurée par arrêté ministériel du 18 janvier 2005 pour favoriser le dépistage du saturnisme chez l'enfant et la femme enceinte ; un programme d'action pour réduire les émissions aériennes de substances toxiques est également engagé.

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 le renforcement de l'InVS en santé au travail devraient, en outre, permettre de nouvelles avancées dans ce domaine.

Une évaluation de l'état d'avancement du PNSE est prévue au mois de décembre 2005 et un **comité d'évaluation** sera mis en place pour identifier les avancées et les insuffisances du plan et réorienter ses actions. Votre commission se réjouit de cette initiative et souhaite la voir **étendue à l'ensemble des plans de santé publique** en cours.

Pour 2006, l'action « déterminants de santé » du programme « santé publique et prévention » dote le PNSE de **deux millions d'euros**. Ils seront notamment consacrés à la mise en place des dispositifs de surveillance et de lutte contre les intoxications au monoxyde de carbone et contre le saturnisme, ainsi qu'à l'information du public sur la prévention des risques sanitaires environnementaux (bruit, légionelles, etc.).

d) Le lancement annoncé du plan « violence et santé »

S'il est difficile de mesurer quantitativement la progression du niveau de violence, on sait que les manifestations de la violence ont beaucoup évolué. Elles sont aujourd'hui moins physiques ou accidentelles et davantage sexuelles et psychiques. Dans tous les cas, l'exposition à des phénomènes de violences constitue un facteur de risque de pathologies, notamment en matière de santé mentale.

Le rapport mondial sur la violence et la santé, paru en 2002 sous l'égide de l'OMS, indique que **le coût de la violence serait considérable** du fait des répercussions sur la santé des victimes et de leur prise en charge par les établissements de santé. La premières des neuf recommandations formulées

par l'OMS invite donc les Etats à élaborer et mettre en œuvre un plan d'action national pour la prévention de la violence. Dès le mois de février 2003, le ministre de la santé a confié au HCSP une étude sur les conditions d'application de cette recommandation. La loi du 9 août 2004 a finalement abouti à la création d'un plan « violence et santé ». Un comité d'orientation interministériel a ensuite coordonné les travaux de six commissions thématiques chargées de définir les orientations du plan. Son rapport a été remis au ministre au mois de septembre 2005.

Le plan « violence et santé » doit être mis en œuvre à partir du début de l'année 2006 et constituera l'un des volets des plans régionaux de santé publique (PRSP). Pour assurer son évaluation au regard des objectifs définis, le comité d'orientation interministériel deviendra un comité de suivi.

Le nouveau plan est doté, pour 2006, de **3,5 millions d'euros** pour la mise en place des premières actions, dont une étude sur les conséquences de la violence sur la santé et une campagne d'information.

2. Mieux prévenir et prendre en charge les pathologies

L'action « pathologies à forte morbidité/mortalité » rassemble les mesures visant à diminuer la mortalité prématurée et la morbidité évitable en différant la survenance des pathologies, essentiellement le cancer et le VIH/Sida. Elle concentre, avec **190,4 millions d'euros, plus de 73 % des moyens du programme**. Ces crédits augmentent de **30,3 %**, sous l'effet de **deux changements de périmètre de sens contraires** :

- la prise en charge par l'Etat, aux termes de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, de plusieurs actions de prévention sanitaire (dépistage des cancers, vaccinations, lutte contre la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles), jusqu'alors assurées par les départements. Ceux-ci peuvent toutefois poursuivre ces activités s'ils ont passé une convention avec l'Etat avant le 31 juillet 2005. 41,7 millions d'euros sont inscrits à cet effet en 2006 ;

- le transfert des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) à l'assurance maladie, qui permet une économie de 14,9 millions d'euros pour le budget de la santé.

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.

a) La lutte contre le cancer, une priorité absolue des pouvoirs publics

Le plan de lutte contre le cancer, chantier présidentiel annoncé en 2002, a été engagé en 2003 pour la période allant jusqu'en 2007. 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 du cancer du sein, du cancer cervico-utérin et du cancer colorectal ;

- la mise en œuvre du programme thérapeutique individuel issu d'une concertation pluridisciplinaire dans le cadre d'un réseau de soins ;

- le renforcement de l'accompagnement par une information sur les structures de prise en charge du cancer ;

- l'amélioration de la formation des professionnels ;

- le renforcement de la recherche.

L'objectif est de développer le dépistage précoce et la prise en charge des malades pour diminuer le nombre de décès liés à cette maladie.

En 2005, outre la création de l'INCa, plusieurs mesures ont été financées :

- des kiosques d'information ont été ouverts dans certaines villes et centres commerciaux, en partenariat avec les communes, les conseils généraux, les centres de lutte contre le cancer, les associations et les réseaux de cancérologie. Ils offrent une information sur la maladie ainsi qu'un soutien psychologique aux malades et à leurs proches ;

- des « espaces rencontre information », animés par la Ligue contre le cancer, ont été créés au sein d'établissements de santé ;

- des guides d'information, destinés aux patients, ont été diffusés dans les centres de lutte contre le cancer ;

Le budget alloué par l'Etat à la lutte contre le cancer est ainsi passé de 5 millions d'euros en 2002 à 41,1 millions d'euros en 2003, à 49,7 millions d'euros en 2004 puis à 74,5 millions d'euros en 2005, avec la mise en œuvre progressive du plan « cancer ».

En 2006, le ministère de la santé consacra 96,5 millions d'euros à la lutte contre le cancer, dont 45,2 millions pour la subvention de l'INCa. Les 49,3 millions d'euros restants seront répartis comme suit :

- 25 millions d'euros pour les structures de dépistage (poursuite de la montée en charge du dépistage du cancer du sein et généralisation sur l'ensemble du territoire du dépistage du cancer colorectal), en partenariat avec l'assurance maladie et les conseils généraux qui ont conservé cette compétence ;

- 8,5 millions d'euros pour l'expérimentation du maintien à domicile des malades dans trois départements ;

- 15,8 millions d'euros pour les autres actions du plan (formation des professionnels, information du public, subventions aux associations).

Cet effort budgétaire de l'Etat est accompagné par l'assurance maladie qui assume la mise en œuvre des mesures relatives à l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer, tant en matière d'organisation des soins que de traitements.

b) Les efforts ne doivent pas être relâchés pour la lutte contre le VIH/Sida

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. La lutte contre le VIH/Sida demeure en effet une priorité de santé publique. L'objectif fixé par la loi du 9 août 2004, **réduire de 20 % l'incidence des cas de sida en cinq ans**, est à cet égard ambitieux.

En effet, l'apparition de nouveaux cas chez les populations à risque, migrants d'origine sub-saharienne et homosexuels, justifie de poursuivre les actions menées.

L'évolution des cas de VIH/Sida

En France, le système de surveillance du sida repose depuis 1982 sur la déclaration obligatoire des praticiens auprès de l'InVS. De nouvelles procédures ont été mises en place en 2003 pour assurer l'anonymat des déclarations à la source.

En 2004, le nombre de nouveaux cas de sida s'est élevé à 1.015. Après une forte diminution entre 1996 (4.011 nouveaux cas) et 1998 (1.926 nouveaux cas) liée à l'introduction des trithérapies, la baisse a été plus lente. Le nombre des décès annuels s'est élevé à 302 en 2004. De fait, les nouveaux cas restant supérieur aux décès, le nombre des personnes vivantes ayant développé un sida continue d'augmenter d'environ 5 % par an. Elles étaient 25.600 en 2004.

La proportion de cas de sida chez des personnes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne est en augmentation (25 % en 2004 soit le double de celle de 1998), notamment chez les femmes (37 % de femmes d'Afrique subsaharienne parmi l'ensemble des femmes atteintes) que chez les hommes (19 %).

La situation épidémiologique est aussi préoccupante chez les homosexuels avec la résurgence de la syphilis, l'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne, la recrudescence des pratiques à risque observée dans les enquêtes comportementales depuis 2000 et l'augmentation des cas d'hépatites C aiguës.

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 100.000 personnes séropositives. Le nouveau programme comporte cinq domaines d'intervention : prévention, dépistage, suivi et prise en charge thérapeutique, solidarité et lutte contre les discriminations, mise en œuvre et pilotage. Il permettra la poursuite des mesures mises en œuvre depuis plusieurs années : le développement de l'accès aux préservatifs, l'incitation au dépistage,

l'information sur les conduites à risque et les actions ciblées sur les populations à risque.

En 2006, 36,3 millions d'euros seront consacrés par le ministère de la santé à la lutte contre le VIH/Sida pour le soutien aux associations nationales qui oeuvrent dans ce domaine, le financement de programmes de prévention, d'actions de formation des professionnels de santé et de prise en charge extrahospitalière des malades.

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

c) Des moyens plus limités pour les autres pathologies

Les crédits consacrés à la lutte contre les autres pathologies du programme sont, en revanche, bien plus modestes.

- Ainsi, le **nouveau programme national « hépatites virales B et C » 2006-2009** dispose, pour 2006, de 3,2 millions d'euros 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. Le programme de prévention de l'hépatite B en milieu pénitentiaire sera également renforcé. 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.

- Le **plan santé mentale** est doté de 5,8 millions d'euros, destinés notamment à des actions de formation au repérage des troubles psychiques chez les enfants et de prévention du suicide.

Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008

Annoncé en Conseil des ministres le 20 avril 2005, à la suite des événements dramatiques intervenus à Pau, le plan santé mentale est articulé autour de cinq axes. Il 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.

- **Le premier axe vise à décloisonner les prises en charge** grâce à :
 - l'amélioration du recours aux soins par la diffusion d'informations régulières sur la psychiatrie et la santé mentale ;
 - le développement des alternatives à l'hospitalisation (soins ambulatoires dans le cadre des centres médico-psychologiques et psychiatrie de liaison) ;
 - la revalorisation et l'adaptation de l'hospitalisation en psychiatrie ;

- le développement d'une offre sociale et médico-sociale adaptée et complémentaire des soins nécessaires. Il s'agit notamment d'apporter des réponses aux patients hospitalisés qui pourraient être pris en charge en soins externes, s'il leur était possible de bénéficier d'un accompagnement et/ou d'un hébergement adapté.

• **Le deuxième axe concerne le renforcement des droits des malades** et de leurs proches :

- en veillant à leur pleine participation dans les processus décisionnels et institutionnels ;

- en augmentant les subventions aux associations d'usagers et de familles ;

- en élargissant les compétences des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques à certaines pratiques réalisées en hospitalisation libre ;

- en réfléchissant à une réforme du dispositif d'hospitalisation sans consentement.

• **Le troisième axe vise à développer la qualité des soins et la recherche :**

- en diffusant les bonnes pratiques et le bon usage du médicament, notamment des psychotropes, en lien avec la HAS ;

- en orientant la recherche sur l'épidémiologie en psychiatrie et santé mentale pour mieux appréhender les besoins.

• **Le quatrième axe regroupe des programmes spécifiques** sur la période 2005-2008 :

- l'amélioration de la prise en charge de la dépression et la stratégie nationale d'action contre le suicide ;

- le programme coordonné Santé - Justice en faveur des détenus, notamment la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles ;

- le développement d'actions sur des populations spécifiques : enfants et adolescents, personnes âgées, personnes en situation précaire.

• Enfin, **le cinquième axe concerne le suivi et l'évaluation** du plan avec la mise en place d'un comité national de suivi du plan en octobre 2005.

• Enfin, les autres plans rattachés à l'action « pathologies à forte morbidité/mortalité » (maladies rares, autres maladies infectieuses - notamment la cellule Creutzfeldt-Jacob et le plan de lutte contre la résistance aux antibiotiques -, santé bucco-dentaire, maladies cardio-vasculaires) se partageront 1,2 million d'euros. **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 **maladies rares**, dont l'étude, le dépistage et la prise en charge méritent d'être améliorés. De fait, 20 millions par an pendant quatre ans devaient être versés par l'Etat au plan « maladies rares » : la promesse, prise lors de son lancement, est loin d'être tenue...

3. Réduire les risques de handicap et en limiter les conséquences

La quatrième action du programme « santé publique et prévention », intitulée « qualité de la vie et handicap » recouvre la prévention tertiaire de la typologie de l'OMS. Elle concerne des pathologies moins morbides, qui peuvent entraîner des handicaps pour les personnes qui en sont atteintes. Il s'agit de réduire leur gravité grâce à une amélioration des prises en charge.

Avec une dotation de **6,1 millions d'euros**, c'est, de loin, l'action la plus modeste du programme, même si **ses crédits augmentent en 2006 de près de 60 %**. Les mesures qu'elle recouvre concernent tous les âges de la vie :

- en matière de **périnatalité**, les actions menées visent à améliorer la santé des femmes enceintes et celle du fœtus, en limitant les expositions nocives, et à réduire le nombre de grossesses non désirées en facilitant l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Le plan périnatalité sera doté de 1,57 million d'euros en 2006, soit un effort quasi nul par rapport au 270 millions d'euros prévus sur quatre ans. Encore une fois, l'assurance maladie devrait être largement mise à contribution.

Selon le Planning familial, des **inégalités persistent en matière d'accès à l'IVG**, notamment pour les migrantes et les jeunes mineures. Par ailleurs, les délais d'intervention sont encore longs dans les régions Ile-de-France et PACA. Votre commission souhaite qu'un effort particulier soit mené en 2006 pour améliorer ces situations.

Les enfants sont concernés par le **dépistage des troubles de l'apprentissage et des difficultés visuelles et auditives**, mené en lien avec l'éducation nationale. Un nouveau carnet de santé verra également le jour en 2006. 250.000 euros seront consacrés à ces programmes par le ministère ;

- pour la population adulte, des actions sont mises en œuvre en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge du **diabète, des maladies rénales et du sang, des affections musculo-squelettiques et des maladies chroniques**.

Une dotation de 970.000 euros contribuera à la mise en œuvre, en 2006, du plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Il devra renforcer la prévention et la formation des professionnels de santé en la matière ;

- les personnes âgées sont concernées par les mesures prévues en matière de **lutte contre la maladie d'Alzheimer et, plus généralement, les maladies liées au vieillissement** (ostéoporose, troubles ostéo-articulaires, problèmes de vision et d'audition). Il s'agit de répondre aux enjeux du vieillissement de la population et aux problèmes de santé qui en constituent le corollaire, en cherchant à augmenter l'espérance de vie en bonne santé.

Le plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer, essentiellement financé par l'assurance maladie, bénéficiera ainsi de 660.000 euros pour le développement de l'accompagnement personnalisé des 800.000 malades et de leurs aidants. Une partie des crédits (250.000 euros) sera en outre consacrée au **développement des soins palliatifs** et à l'information des professionnels de santé et du grand public sur cette question.

C. LE RÔLE ESSENTIEL DES OPÉRATEURS

Le programme « santé publique et prévention » contribue au financement de deux opérateurs, l'Inpes et l'INCa, chargés pour le premier, de l'ensemble des actions d'information et de prévention en matière de santé publique et, pour le second, de la mise en œuvre du plan « cancer ». Ils sont subventionnés à partir du BOP de la DGS pour un coût total de **68,2 millions d'euros**.

1. Le budget de l'Inpes, où « comment faire autant avec moins de moyens ? »

L'Inpes est le bras armé du ministère de santé, sous la tutelle duquel il est placé, pour la mise en œuvre des **campagnes d'information et de prévention** sur les risques de santé. Il est également en charge d'une **mission d'expertise et de conseil** sur les comportements de santé, sur lesquels il réalise régulièrement des études, et leurs déterminants. Enfin, il concourt à l'**éducation à la santé** en développant des outils à l'usage des professionnels. Ses missions ont été précisées et renforcées par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, notamment en matière de communication de crise (SRAS, canicule, grippe aviaire par exemple).

A ces différents titres, il intervient dans l'ensemble des quatre actions du programme « santé publique et prévention » et dispose, pour ce faire, de **118,5 emplois équivalents temps plein (ETP)**.

Les programmes de prévention et d'éducation à la santé menés par l'Inpes répondent, pour l'essentiel, aux objectifs suivants : prévenir les maladies infectieuses, lutter contre les consommations à risques, réduire le nombre d'accidents de la vie courante, promouvoir une alimentation saine dans le cadre du Plan national nutrition-santé (PNNS), 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.

L'expertise en éducation à la santé a récemment été renforcée avec la mise en place d'un **réseau national de documentation**. Une nouvelle collection d'ouvrages a été lancée pour compléter les outils pédagogiques existants : la Lettre de l'Institut, la revue « La santé de l'homme » et le site Internet de l'Inpes.

Les campagnes d'information menées en 2005 ont plus particulièrement concerné les risques d'une consommation régulière d'alcool pendant la grossesse, les dangers du tabagisme passif, les effets du cannabis sur la santé et la vie sociale, les risques d'une alimentation trop sucrée. Cette dernière campagne est la plus importante menée à ce jour par l'Inpes, avec un budget total de 5,8 millions d'euros.

De nouveaux outils pédagogiques à l'usage des professionnels de santé ont, en outre, été diffusés sur les thèmes de l'éducation du patient diabétique et de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

En 2006, deux grandes orientations seront privilégiées :

- **appliquer les dispositions de la loi relative à la politique de santé publique** concernant la mise en place des groupements régionaux ou territoriaux de santé publique (GRSP), auxquels l'Inpes sera associé. Il est en effet prévu que l'Institut concourt à la mise en œuvre des programmes régionaux de santé et participe, comme membre de droit, aux GRSP.

Par ailleurs, la loi du 9 août 2004 a confié à l'Inpes la mission d'établir les programmes de formation à l'éducation à la santé. Le décret correspondant est attendu d'ici la fin 2005 : les premiers programmes de formation pourront donc être mis en œuvre en 2006 ;

- poursuivre la mise en œuvre de **programmes de prévention sur une base pluriannuelle**, qui constitue une condition essentielle pour obtenir des résultats significatifs en termes de santé publique. Seules des stratégies d'actions triennales définies avec la DGS sont actuellement prévues. Le contrat d'objectifs et de moyens en cours d'élaboration permettra de formaliser les engagements des parties, notamment en matière budgétaire.

Pour mettre en œuvre ces nouvelles actions, **l'Inpes disposera d'un budget de 85,8 millions d'euros, nettement inférieur à celui de 2005** (- 14,55 millions d'euros).

Selon les informations recueillies par votre commission, la subvention de l'Etat (22,7 millions d'euros) devrait être en légère progression, une enveloppe spécifique supplémentaire de 100.000 euros étant allouée pour les actions inscrites au Plan maladies rares. La contribution de l'assurance maladie devrait être maintenue au niveau de 2005, soit 53,3 millions d'euros. La CNSA pourrait apporter une contribution spécifique de 3 millions d'euros, pour concourir au dispositif de prévention des maladies chroniques et du vieillissement. Enfin, le prélèvement sur fonds de roulement serait plus limité qu'en 2005 et ne devrait pas dépasser 6 millions d'euros.

Votre commission s'étonne de **l'écart constaté** entre les chiffres inscrits au projet de budget, confirmés par le ministère, et ceux annoncés par Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités lors de son audition du 2 novembre 2005 : *« L'Inpes bénéficiera, en 2006, d'un budget sensiblement équivalent à celui de 2005, soit 100 millions d'euros répartis comme suit : une dotation de l'Etat de 23 millions d'euros, une participation de l'assurance*

maladie de 61 millions d'euros, en nette augmentation, une ponction de 13 millions d'euros sur son fonds de roulement, enfin une participation de 3 millions d'euros de la CNSA pour le financement de la campagne d'information « Bien vieillir ». Par ailleurs, des crédits supplémentaires seront débloqués si une campagne spécifique sur la grippe aviaire est menée en 2006 par l'Inpes. »

Elle souhaite donc que des éclaircissements lui soient apportés lors du débat budgétaire. Une explication, qui n'a pas été avancée par le ministre, réside peut-être dans la perception, dès 2006, de la **contribution des annonceurs** lorsque leurs messages publicitaires en faveur de boissons ou de produits alimentaires caloriques ne sont pas assortis d'une information sanitaire. Cette disposition, prévue par l'article 29 de la loi du 9 août 2004, n'est pas encore entrée en vigueur. Ce pourrait être rapidement le cas avec le vote de l'article 38 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, qui aménage et complète le dispositif. Toutefois, il devient également urgent que le décret attendu pour l'application de cette mesure soit publié.

2. La dotation significative de l'INCa, symbole de la priorité donnée à la lutte contre le cancer

Institué par l'article 33 de la loi du 9 août 2004, l'Institut national du cancer a été mis en place progressivement au cours de l'année 2005. Dans un premier temps, un groupement d'intérêt public (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. Doté d'une subvention de 11 millions d'euros du ministère de la santé au titre de l'année 2004, il était chargé de préparer les dispositions juridiques, financières et logistiques du futur Institut (recrutements, locaux, projet de convention constitutive, etc.) et d'en assurer temporairement les missions.

La convention constitutive du Gip de l'INCa du 30 mai 2005 signée entre les ministères de la recherche et de la santé, l'Inserm, le CNRS, la CNAM, la MSA, la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés, la ligue nationale contre le cancer, l'association pour la recherche sur le cancer, la fédération hospitalière de France, la fédération de l'hospitalisation privée, la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, la fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif, a été approuvée par l'arrêté du 22 juin 2005. Le choix du statut de Gip vise à répondre aux **exigences de coordination, d'autonomie, d'efficacité et de souplesse** imposées par les missions de l'INCa, tout en garantissant la **transparence de l'utilisation des fonds publics**.

L'arrêté du 5 juillet 2005 a ensuite nommé les membres du conseil d'administration, qui, dès le 6 juillet, ont approuvé le règlement intérieur de l'Institut. Le décret du 3 août en a désigné les dirigeants. Enfin, la décision

conjointe des ministres de la santé et de la recherche du 26 août 2005 a nommé les dix-huit membres du conseil scientifique.

L'INCa est chargé de **coordonner les actions de lutte contre le cancer**. A ce titre, il intervient dans le cadre de l'action « pathologies à forte morbidité/mortalité » du programme et exerce les missions suivantes :

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

- la définition de référentiels de bonnes pratiques en cancérologie et de critères d'agrément des établissements et des professionnels de santé exerçant dans ce domaine ;

- l'information des professionnels et du public ;

- la participation à la mise en place et à la validation d'actions de formation médicale et paramédicale continue relatives au cancer ;

- la mise en oeuvre, le financement et la coordination d'actions de recherche et de développement ;

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

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

- enfin, la réalisation, à la demande des ministres intéressés, de toute expertise sur les questions relatives à la cancérologie.

Pour mener à bien l'ensemble de ces missions, le tableau des emplois a été arrêté à **167 équivalents temps plein**. La montée en charge des recrutements se fait progressivement avec une forte accélération depuis la mise en place du Gip définitif à la fin du mois de juin 2005. Au 1^{er} septembre 2005, les effectifs réels s'élèvent à 126 équivalents temps plein.

En 2005, l'INCa a reçu une dotation de 70,2 millions d'euros, provenant d'une subvention équivalente du ministère de la recherche et de celui de la santé. Le montant total de son budget s'est toutefois élevé à 75,9 millions d'euros, l'excédent de l'exercice 2004 ayant fait l'objet d'un report.

Ce budget a permis à l'Institut de financer des actions dans le domaine de l'organisation des soins (lancement d'un appel d'offres en oncogériatrie et pour l'installation d'équipements innovants à l'hôpital), de l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques, de l'information du public (campagnes de prévention du mélanome, d'incitation au dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus), de prévention (actions de lutte contre les risques liés au tabac, à l'alcool et au soleil) et de formation.

La dotation budgétaire de l'INCa s'élèvera, en 2006, à **90 millions d'euros**, dont 45,2 millions d'euros de subvention du ministère de la santé sur le programme « santé publique et prévention », soit **10 millions d'euros de mesures nouvelles**. Cette nette augmentation des moyens alloués à l'INCa lui permettra de poursuivre la montée en charge de son activité. Elle traduit, en ce sens, la **priorité gouvernementale en matière de lutte contre le cancer**, première cause de décès prématurés en France avec 150.000 morts chaque année.

II. LE PROGRAMME « OFFRE DE SOINS ET QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS » : UNE MARGE DE MANŒUVRE RÉDUITE

Le programme « offre de soins et qualité du système de soins » rassemble, au sein de la mission Santé, les actions relatives à la gestion des établissements et des personnels de santé, dans les domaines administratif, financier et juridique et en matière de ressources humaines. Il a pour objet d'adapter *in fine* le système de soins à la demande.

Il comprend **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. UN BUDGET DÉNUÉ D'ENVERGURE

La dotation du programme « offre de soins et qualité du système de soins » s'élève, pour 2006, à **102,4 millions d'euros, soit une diminution de 10,5 %** par rapport à 2005.

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

Actions	Crédits de paiement (en euros)	Variation 2006/2005 (en %)
Niveau et qualité de l'offre de soins	70.110.000	- 13,43
Accessibilité de l'offre de soins	1.218.000	- 5,82
Soutien	31.054.940	- 3,23
Total	102.382.940	- 10,48

Source : Direction générale de la santé

Ce programme ne rend toutefois que très partiellement compte des crédits effectivement consacrés à l'offre de soins par les acteurs publics. L'Etat n'intervient ici qu'à hauteur de **1 % du total des dépenses**, soit la proportion la plus faible des trois programmes de la mission Santé, qui, globalement, n'apporte directement qu'un financement mineur aux politiques qu'elle soutient. En effet :

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

- comme pour l'ensemble de la mission Santé, les **dépenses de personnels**, soit **2.049 équivalents temps plein**, sont affectées au programme

« conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » de la mission Solidarité et Intégration, pour un total de **178 millions d'euros** ;

- les **dépenses fiscales** dont l'objet principal contribue au programme sont élevées : 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 ; 40 millions d'euros pour le taux de 5,5 % pour les prestations de soins dispensées par les établissements thermaux autorisés ; enfin, 20 millions d'euros pour la déduction forfaitaire au titre du groupe III pour les médecins conventionnés.

En outre, la marge de manœuvre de la DHOS pour la mise en œuvre du programme « offre de soins et qualité du système de soins » est réduite, puisque **la moitié des dépenses (51 millions d'euros) lui est imposée au titre de la formation médicale initiale des internes** sur l'action « niveau et qualité de l'offre de soins ».

Plusieurs partenaires participent, sous la houlette 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) et la Haute Autorité de santé (HAS).

Au programme « offre de soins et qualité du système de soins » sont assimilés trois objectifs au regard du projet de loi de finances - optimiser le pilotage de l'offre de soins, améliorer l'impact de l'évaluation du système de santé, répondre aux besoins en formation des étudiants en médecine - dont le niveau de résultats sera jugé à l'aune de trois indicateurs de performance. Votre commission déplore, à cet égard, que **deux d'entre eux ne soient pas encore construits** dans le présent projet de loi de finances.

B. TROIS ACTIONS D'INÉGALE IMPORTANCE

1. La priorité à la formation

L'action « niveau et qualité de l'offre de soins » a pour objet d'optimiser la formation initiale et continue des professionnels de santé, d'encadrer leurs conditions d'exercice et de veiller à leur répartition équilibrée, géographique et par spécialité. La finalité est d'améliorer l'efficience de l'offre de soins sur le plan de la qualité comme de l'adaptation aux besoins.

Pour répondre à cet objectif, huit axes d'action ont été définis :

- veiller à la bonne gouvernance et à l'efficience 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 ;

La tarification à l'activité

La mise en place de la T2A consiste à adapter le financement des établissements (hors hôpitaux locaux) à la nature et aux volumes des soins délivrés par la création de tarifs fondés sur une classification médico-économique. A ces tarifs viennent s'ajouter des suppléments qui ont pour objet de reconnaître la prise en charge de cas très lourds nécessitant une importante mobilisation de ressources, comme la réanimation, ainsi que le financement de certains dispositifs médicaux et de médicaments particulièrement onéreux afin d'assurer un égal accès à ces thérapeutiques. Enfin, pour respecter les spécificités de certains établissements, et notamment ceux qui ont une activité d'enseignement et de recherche, une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général a été créée.

Cette réforme, prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, est mise en œuvre selon un calendrier prévoyant une montée en charge progressive jusqu'à 2012.

Pour les établissements publics antérieurement financés par dotation globale de fonctionnement, la progressivité de la réforme est fondée sur une proportion de financement à l'activité augmentant régulièrement, alors que la dotation annuelle complémentaire (Dac) décroît.

La loi prévoit que la part de la T2A atteindra 100 % en 2012 et ne pourra pas être inférieure à 50 % en 2008. Le taux qui sera appliqué en 2006 n'est pas encore arrêté ; il doit l'être par le ministre en charge de la santé et de la sécurité sociale, au plus tard quinze jours après la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année.

Pour le secteur des cliniques privées, la mise en œuvre est intervenue en mars 2005. Le financement à l'activité est total, pour chaque séjour, sur la base de tarifs nationaux. La période de transition est assurée par un coefficient de transition par établissement, qui s'applique aux tarifs. Ce coefficient évolue vers la valeur 1 qu'il atteindra en 2012.

Pour l'année 2006, le modèle tarifaire commun aux deux secteurs est stabilisé, mais doit être ajusté sur quelques points. Les dotations « missions d'intérêt général » devront être ajustées sur la base d'un certain nombre d'indicateurs tandis qu'une nouvelle version de la classification, permettant une description plus précise et une meilleure adaptation des tarifs, a été proposée. Par ailleurs, le contrat de bon usage des produits et prestations devra être signé au 1^{er} janvier 2006 entre l'ARH et les établissements. En contrepartie du respect des engagements souscrits par l'établissement de santé dans le cadre de ce contrat, le remboursement intégral de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie lui est garanti.

- 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.

Cette action est, avec **70,1 millions d'euros en 2006, de loin la mieux dotée du programme** « offre de soins et qualité du système de soins ». Elle est également la plus contrainte s'agissant du financement de nouvelles initiatives, puisque l'essentiel de ses crédits est consacré aux formations médicales obligatoires.

La diminution importante des moyens qui lui sont alloués en 2006 (**- 13,4 % par rapport à 2005**) s'explique par un changement de périmètre prévu par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales. En effet, **le financement des instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes relève désormais des régions**, ce qui entraîne une diminution mécanique des crédits de cette action à hauteur de **12,8 millions d'euros**.

L'essentiel des moyens attachés à l'action (51 millions d'euros) est, on l'a vu, consacré à la **formation médicale initiale des internes en médecine**. Il s'agit du financement de la rémunération des stages effectués dans des organismes extrahospitaliers et dans les cabinets libéraux (stage de six mois obligatoire pour les internes en médecine générale) et des indemnités dues aux maîtres de stage praticiens libéraux. En effet, le CHU dont relève l'interne continue, pendant le stage extrahospitalier, à verser les émoluments forfaitaires et à payer les charges sociales correspondantes. Ces crédits correspondent donc au remboursement de ces frais aux CHU.

Par ailleurs, **5,5 millions d'euros sont consacrés au financement de 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 diplôme d'étude approfondie (DEA) à l'université. Ce dispositif apporte un complément de formation appréciable, notamment aux nombreux étudiants qui ne choisiront pas de poursuivre dans la recherche. Cette dotation est toutefois, après la nette diminution constatée en 2003, systématiquement inférieure aux besoins. En conséquence, elle fait régulièrement l'objet d'une rallonge en loi de finances rectificative, ce qui ne constitue pas, loin s'en faut, un mode de financement souhaitable.

Enfin, **2,5 millions d'euros sont affectés à l'organisation des concours** nationaux de la fonction publique hospitalière (praticiens des établissements publics de santé, épreuves nationales d'internat, directeur d'établissement, etc.). Il s'agit de financer les dépenses occasionnées par l'organisation des épreuves et les frais d'imprimerie, de transport et de stockage sécurisés des copies.

Par conséquent, les crédits de l'action « niveau et qualité de l'offre de soins » qui ne sont pas consacrés à la formation sont limités. Il s'agit de :

- la **subvention de 9,6 millions d'euros à la HAS**. Cette subvention décroît légèrement par rapport à 2005, mais les reports de crédits permettront, en 2006, le lancement de plusieurs nouvelles activités : l'accréditation des médecins, la certification des sites Internet dédiés à la santé et à l'aide à la prescription médicale, enfin, la certification des visites médicales.

La Haute Autorité de santé

La HAS a été créée par l'article 35 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, par le regroupement de la commission de la transparence, auparavant attachée à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), de l'Agence nationale d'accréditation en santé (Anaes) et du fonds de promotion de l'information médicale (Fopim).

Elle dispose de la compétence scientifique d'un collège de huit experts pour la mise en œuvre des missions qui lui ont été confiées :

- l'évaluation du service attendu ou rendu des actes, prestations et produits de santé pour fournir un avis médical aux pouvoirs publics chargés de décider du remboursement par la sécurité sociale ;

- l'élaboration de recommandations sur les conditions de prise en charge dans le cadre du traitement de certaines pathologies, notamment les affections de longue durée (ALD), et la diffusion de référentiels de bonne pratique des soins auprès des professionnels de santé et du grand public.

Depuis sa création en 2005, la HAS s'est organisée en commissions spécialisées : commission chargée de l'évaluation des actes des professionnels de santé, Haut Comité médical de la sécurité sociale pour les ALD, commission d'évaluation des produits et prestations, commission de la transparence pour les remboursements.

Outre la subvention de l'Etat, la HAS est à 80 % financée par l'assurance maladie. Elle emploie 360 collaborateurs équivalents temps plein.

- la **réalisation d'études par des intervenants extérieurs pour 1,4 million d'euros**, en ce qui concerne notamment des nomenclatures d'activité pour les établissements, la comparaison de plusieurs systèmes de soins ou encore les systèmes d'information des urgences.

2. L'innovation sacrifiée

Les crédits de l'action « accessibilité de l'offre de soins » ne s'élèvent, **pour 2006, qu'à 1,2 million d'euros, soit une diminution de 5,8 %** par rapport à 2005. Ils sont essentiellement destinés :

- au **développement de la télémédecine** dans le cadre des contrats de plan Etat-régions pour 1,1 million d'euros.

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 - mènent en effet, dans ce cadre, des actions de développement de la télémédecine.

Il s'agit de financer des études de faisabilité, d'aider à l'implantation technique des réseaux de télésanté et de former les personnels à leur utilisation. Des conventions sont établies à cet effet chaque année entre l'Etat et les directeurs d'établissements de santé concernés. Plus d'un millier d'établissements télétransmettent des informations multimédia ; ils n'étaient que 260 en 1997.

De nouveaux projets sont prévus en 2006 concernant la télépsychiatrie, la mise en place de la télésanté dans les prisons et des applications en cancérologie et en périnatalité. **Votre commission s'étonne donc que les crédits consacrés à ce poste diminuent.** Les moyens accordés pour 2006 lui paraissent, de fait, très insuffisants pour financer l'ensemble de ces projets ;

- au **renforcement des réseaux de santé** par le biais d'une subvention de 120.000 euros à la Coordination nationale des réseaux (CNR), chargée de soutenir les promoteurs de réseaux et de promouvoir ces dispositifs auprès des professionnels de santé. 30.000 euros seront, par ailleurs, destinés au financement d'actions ponctuelles dans ce domaine.

Votre commission estime, en ce qui concerne cette action, que **la présentation qui en est faite par les documents budgétaires ne correspond pas à la réalité des actions menées.** En effet, la finalité qu'ils annoncent 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 « bleu », les objectifs poursuivis par l'action consistent à promouvoir la gradation de l'offre de soins, favoriser sa diversification, améliorer la complémentarité entre les différents acteurs de soins, dynamiser l'offre de proximité, améliorer l'accès aux techniques rares et 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.

A la lecture de cette présentation, votre commission constate un écart considérable entre les finalités ambitieuses attachées à l'action et la faiblesse de la dotation budgétaire qui lui est affectée, obligeant à un ciblage très précis des mesures conduites. Elle souhaite 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.**

3. Les ARH au cœur du pilotage de l'offre de soins

L'action « soutien » du programme « offre de soins et qualité du système de soins » disposera, en 2006, de **31 millions d'euros**. Elle recouvre, pour l'essentiel, **les subventions aux différents opérateurs, pour un total de près de 22 millions d'euros**. A terme, conformément à la LOLF, ces crédits s'imputeront sur les différentes actions auxquelles ils concourent.

En outre, des crédits sont prévus pour **les charges de frais de justice et de réparations civiles éventuelles à hauteur de 875.000 euros**. Il s'agit essentiellement de contentieux liés aux autorisations d'ouverture de pharmacies et de laboratoires, ainsi qu'à la sectorisation psychiatrique. **Cette dotation apparaît très optimiste à votre commission**, compte tenu des frais de justice payés les années précédentes sur ce type de contentieux, qui se sont élevés à 3,2 millions d'euros en 2004.

Enfin, l'action comprend quelques crédits d'intervention spécifiques pour des **opérations immobilières dans les collectivités d'outre-mer** (Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Wallis et Futuna), dans le cadre de contrats de développement. Les **8,2 millions d'euros** prévus en 2006 serviront à la réhabilitation d'établissements de santé et à la construction de nouveaux bâtiments.

Le changement de périmètre intervenu sur ce poste budgétaire explique en grande partie la diminution des crédits de l'action entre 2005 et 2006, **soit une diminution de 3,2 %**. En effet, **4,5 millions d'euros** ont été transférés sur le programme « interventions territoriales de l'Etat » au titre du **programme exceptionnel d'investissement en faveur de la Corse**.

Les opérateurs du programme sont au nombre de quatre :

- **les plus importants sont, de très loin, les ARH**. Il s'agit de Gip constitués en 1997 entre l'Etat et l'assurance maladie, qui 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.

Ainsi, il revient aux ARH de préparer et d'arrêter le schéma d'organisation sanitaire, d'autoriser la création d'établissements de santé et de conclure avec ceux-ci des contrats quinquennaux d'objectifs et de moyens.

Pour mener à bien ces missions, **les vingt-six ARH se partageront un budget de 19,6 millions d'euros en 2006**, complété par une subvention plus faible (3,2 millions d'euros en 2005) de l'assurance maladie. Elles disposeront, comme en 2005, de **327,7 équivalents temps plein**.

- l'**ATIH**, créée par le décret n° 2000-1282 du 26 décembre 2000, poursuit une double mission : la mise en œuvre des travaux nécessaires aux systèmes d'information communs à l'Etat et à l'assurance maladie et la participation à l'élaboration des nomenclatures de santé au niveau national et international. Elle est également chargée de produire des applications informatiques utiles à la gestion du système de soins, pour optimiser les moyens dont dispose le ministère de la santé pour la conduite de la politique hospitalière. Depuis 2002, elle participe à la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 » pour le volet consacré à la détermination des moyens des établissements en fonction de leur activité, puis à la réforme de la T2A.

La subvention de l'Etat, fixée à un tiers du budget de l'agence, l'assurance maladie finançant les deux tiers restants, s'élèvera à **1,6 million d'euros en 2006**. Elle contribuera notamment au financement des deux recrutements prévus pour les activités relatives à la mise en œuvre de la T2A, qui porteront l'effectif de l'agence à **quarante-six équivalents temps plein en 2006**.

- le **Gip CPS** comprend l'Etat, l'assurance maladie, les ordres professionnels, les représentants des mutuelles et des syndicats professionnels. Depuis 1993, il étudie, met au point et diffuse la carte individuelle de professionnel de santé SESAM-Vitale, qui permet la télétransmission des documents liés à des actes ou des prestations remboursables par l'assurance maladie.

Il recevra de l'Etat, **en 2006, une subvention de 768.500 euros**.

- enfin, le **Gip « institut des données de santé »**, 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 mission 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.

Ce Gip devait être constitué en 2005 et commencer à fonctionner dès l'année prochaine. **Votre commission s'étonne donc qu'aucun financement étatique n'ait été prévu dans le présent projet de budget**.

C. QUEL ACCÈS AUX SOINS POUR LES PLUS DÉFAVORISÉS ?

1. Des inégalités persistantes

Malgré la poursuite des efforts de l'Etat et de l'assurance maladie en faveur de l'accès de tous aux soins, sans discrimination géographique ou sociale, les inégalités en la matière persistent.

C'est ce que montre une récente étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) 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 et selon laquelle plus bas sont les niveaux d'éducation et de revenu, plus forts sont les risques que les personnes interrogées indiquent avoir une perception négative de leur santé. Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) déclarent, par exemple, 20 % d'affections de plus que le reste de la population.

En outre, les dernières données disponibles² font état d'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. Ce constat, bien que sensiblement moins marqué, est également perceptible concernant le recours au généraliste sur la même période. Il peut être étendu sur ces deux points aux personnes au chômage. On ne se soigne donc pas de la même façon selon son revenu ou son éducation, à la fois pour ce qui est du recours aux soins que du type de soins consommés.

L'association Médecins du monde a confirmé ce constat sur la base de son expérience de terrain, notamment pour les mineurs, les étrangers et les personnes sans domicile.

La France connaît donc une **situation paradoxale de l'offre de soins** : les plus défavorisés sont dans un état sanitaire moins favorable que la

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

² DREES. *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004, novembre 2004.*

moyenne de la population et ils n'accèdent pas aux soins dans des conditions satisfaisantes au regard de leurs pathologies.

2. Les risques de la réforme de l'AME et de la CMU-C

Face à ce constat, **votre commission s'inquiète de deux réformes en cours concernant les dispositifs d'accès aux soins des plus défavorisés** : l'aide médicale de l'Etat (AME) pour les étrangers en situation irrégulière et la CMU complémentaire (CMU-C) pour les personnes disposant d'un faible revenu.

L'AME est dotée de 233,5 millions d'euros en 2006 par la mission Solidarité et Intégration, soit un montant stable, alors que les lois rectificatives ont, depuis 2003, complété ces crédits pour les adapter aux besoins réels.

En outre, **le décret n° 2005-859 relatif à l'AME et le décret n° 2005-860 relatif aux modalités d'admission des demandeurs d'asile du 28 juillet 2005 risquent d'en restreindre l'accès**. La loi de finances rectificative pour 2003 avait déjà conditionné le bénéfice de l'aide à une condition de séjour sur le territoire français de trois mois minimum. Désormais, le demandeur devra s'acquitter de formalités supplémentaires pour prouver son identité et sa résidence, par exemple en faisant traduire des documents étrangers. Par ailleurs, les avantages en nature, en particulier le logement à titre gratuit, seront comptabilisés dans ses ressources. Enfin, les personnes tenues à l'obligation alimentaire à l'égard du demandeur devront prendre en charge certaines prestations relevant jusqu'alors du ressort de l'AME.

Ces mesures font craindre aux associations qui oeuvrent auprès des populations étrangères en grande précarité un recul des droits, notamment parce que le risque est grand de voir ces personnes renoncer à l'aide en raison de la complexité des formalités à accomplir.

Votre commission souhaite donc qu'un bilan soit dressé au terme d'une année d'application de ces décrets, afin qu'ils soient réajustés rapidement si un moindre accès aux soins de ces populations était alors constaté.

Elle s'inquiète également du **désengagement de l'Etat dans le financement de la CMU-C**. En effet, l'article 89 du projet de loi de finances pour 2006 prévoit une mesure de 21 millions d'euros d'économie sur ce poste grâce à l'alignement du forfait logement pris en compte sur celui du RMI. De fait, **60.000 personnes devraient être exclues du dispositif**. On rappellera, par ailleurs, que l'article 36 du projet de loi de financement de la sécurité sociale fait porter l'essentiel du financement de la CMU-C sur les organismes complémentaires.

Si votre commission partage le souci d'économie du Gouvernement en matière de dépenses de santé, elle souhaite que les populations défavorisées n'en soient pas les premières victimes.

III. LA LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE : UNE POLITIQUE À CONFORTER

Le **plan quinquennal de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool** a été lancé le 26 juillet 2004 pour la période 2004-2008. Il comporte **neuf objectifs** : prévenir les consommations, responsabiliser les acteurs, développer l'information, améliorer la prise en charge sanitaire, rétablir la portée de la loi, mobiliser le dispositif d'observation et de recherche, recentrer l'action internationale de la France, renforcer la coopération interministérielle et évaluer les politiques conduites. Il constitue l'armature de la troisième priorité de l'Etat en matière de santé publique.

En termes budgétaires, cette priorité se traduit dans le **programme «drogue et toxicomanie»** de la mission Santé, qui se décline en **trois actions** : «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». Le pilotage en est assuré par la MILDT.

A. DES MOYENS LIMITÉS POUR LUTTER CONTRE UN FLÉAU DE SANTÉ

1. Des chiffres inquiétants

La drogue constitue un facteur majeur de risque sanitaire et d'exclusion sociale et pose un problème évident de sécurité intérieure.

Les derniers chiffres diffusés par l'Observatoire français des drogues et toxicomanie (OFDT) indiquent, en effet, que **la consommation de substances psychoactives est aujourd'hui un phénomène massif**. Si la consommation de tabac et d'alcool diminue progressivement, les chiffres le montrent, celle des drogues illicites continue d'augmenter :

- la consommation de cannabis est en augmentation continue et devient de plus en plus précoce. A dix-huit ans, plus de 50 % des adolescents en ont fait l'expérience. Parmi eux, 24 % des garçons et 9 % des filles en font un usage régulier ;

- le succès des nouvelles drogues de synthèse (ecstasy et amphétamines) se confirme, notamment dans le cadre d'une polyconsommation en milieu festif (avec du tabac, de l'alcool ou du cannabis). Une enquête menée dans les lycées parisiens montre ainsi que 4 % des garçons de dix-huit ans ont essayé au moins une fois l'ecstasy ;

- la cocaïne devient un produit recherché du fait, notamment, de la diminution de son prix et elle touche plutôt les trentenaires et les milieux socio-économiques favorisés. Par ailleurs, si l'usage de son dérivé, le crack, reste encore circonscrit aux arrondissements du Nord-Est de Paris, à la

Seine-Saint-Denis et aux Antilles, la dangerosité de cette drogue et la violence qui en accompagne souvent la consommation inquiètent les spécialistes ;

- seule la consommation d'héroïne et des autres opiacés diminue depuis plusieurs années, grâce aux moyens mis en œuvre pour développer les traitements de substitution (méthadone et Subutex). La consommation addictive, qui s'accompagne en général d'une grande exclusion sociale, ne touche que 150.000 à 180.000 personnes, dont la majorité contourne l'usage du Subutex pour l'injecter par intraveineuse et n'alimente donc pas le trafic.

Ces éléments confirment le constat dressé par la commission d'enquête du Sénat en 2003¹, sans qu'une amélioration visible de la situation n'ait pu être constatée depuis cette date.

Au total, le coût social de la consommation de drogues, de tabac et d'alcool est estimé à 33 milliards d'euros, soit 2,7 % du PIB. 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).

2. Des moyens budgétaires tronqués

a) Une dotation budgétaire traditionnellement stable

Malgré les ambitions affichées par le plan quinquennal, le budget de la MILDT demeure relativement stable depuis plusieurs années : 40 millions d'euros en 2003, puis 38 millions d'euros en 2004 et en 2005.

Le présent projet de budget dote le programme « drogue et toxicomanie » de **37,3 millions d'euros, soit une légère diminution de 1,85 %**. Il comprend un seul Bop central, la MILDT, et se divise en **trois actions inégalement dotées**.

Les crédits du programme « drogue et toxicomanie »

Actions	Crédits de paiement (en euros)	Variation 2006/2005 (en %)
Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif	30.630.000	- 0,55
Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi	5.500.000	- 8,86
Coopération internationale	1.200.000	0
Total	37.330.000	- 1,85
<i>Fonds de concours</i>	<i>1.200.000</i>	

Source : Direction générale de la santé

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).

Comme pour les deux autres programmes de la mission Santé, les **moyens en personnels** rattachés au programme « conduite et soutien de la politique sanitaire et sociale » de la mission Solidarité et Intégration doivent être inscrits au crédit du programme « drogue et toxicomanie » pour un total de **10,2 millions d'euros**, correspondant au financement de trente-sept équivalents temps plein.

b) L'imputation singulière des crédits destinés au tabac, à l'alcool et au volet sanitaire de la lutte contre la toxicomanie

L'**architecture budgétaire du programme** « drogue et toxicomanie », telle que construite par la LOLF apparaît **imparfaite**. Elle ne permet en effet pas une lecture exhaustive des crédits affectés par le ministère de la santé à la lutte contre la drogue et la toxicomanie.

En effet, **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 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, sont, on l'a vu, inscrits sur l'action « déterminants de santé » du programme « santé publique et prévention ».

Votre commission avait déjà dénoncé, dans son avis sur le budget de la santé pour 2005, ce découpage peu compréhensible des crédits entre ces deux programmes de la mission Santé. Elle souhaite que l'**amendement** qu'elle vous a présenté plus haut pour remédier à cette inscription budgétaire insincère soit adopté, pour que la mise en œuvre de la LOLF ne se traduise pas par un recul de l'information du Parlement en la matière.

c) L'avenir incertain du fonds de concours

Par ailleurs, alors que la présentation budgétaire de la mission Santé fait état d'un **fonds de concours de 1,2 million d'euros**, les informations dont dispose votre commission indiquent que ce fonds va disparaître et être affecté au ministère des finances.

Ce fonds de concours, créé en 1994, est abondé par la valeur des biens et du numéraire saisis lors de l'interpellation de trafiquants par la police, la gendarmerie ou les douanes. Son montant est en augmentation continue, du fait de la mise en place progressive du dispositif. Il atteignait 70.000 euros en 2004 et 600.000 euros en 2005.

Ce fonds de concours est traditionnellement 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.

Désormais, il reviendrait au ministère des finances d'effectuer lui-même cette répartition, avec le **risque de voir ces crédits distribués sans contrôler que leur utilisation sera réservée à la lutte contre la drogue**.

Votre commission souhaite que la MILDT demeure compétente pour la ventilation du fonds de concours ou, à tout le moins, qu'elle puisse contrôler l'usage de ces fonds.

B. DES ACTIONS À RENFORCER

1. La prévention, la prise en charge sanitaire et la répression : trois axes pour lutter contre la toxicomanie

L'essentiel des crédits du programme « drogue et toxicomanie » est affecté à l'action « coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif ». Cette action recevra, en effet, **en 2006, 30,6 millions d'euros**, dont 9 millions destinés au financement des opérateurs.

Les crédits délégués aux chefs de projet représentent 18,5 millions d'euros soit plus de la moitié des crédits de cette action. Ils doivent permettre, grâce à leur effet levier, de susciter l'engagement et les cofinancements des administrations déconcentrées, des collectivités territoriales et des autres acteurs locaux dans la mise en œuvre de la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Depuis 2002, ils font l'objet d'une délégation globale non fléchée, qui leur a permis de mettre en place :

- des actions de prévention, notamment avec l'éducation nationale dans le cadre des CESC, les services de l'agriculture et de jeunesse et sport
- 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 comme la mise en place des consultations « cannabis » au niveau local.

En 2005, dans la logique de la mise en place du programme « drogue et toxicomanie », la première délégation de crédits de 15,5 millions a été assortie d'une circulaire demandant aux chefs de projet de répartir les crédits en veillant à une meilleure articulation entre les trois volets de la politique de lutte contre la drogue et à leur consolidation dans un **plan départemental** global et cohérent, construit dans un souci constant d'interministérialité.

Les plans départementaux de lutte contre la drogue et la toxicomanie

Les plans départementaux de lutte contre les drogues illicites constituent l'échelon local du plan quinquennal. Ils sont assortis d'indicateurs de résultats et d'une programmation annuelle d'actions dont les chefs de projet devront rendre compte.

Ils doivent prévoir une stratégie de prévention structurée, concernant en particulier le cannabis et 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.

Le renforcement des moyens de lutte contre le trafic local ainsi que l'amélioration et la diversification du système de soins doivent également être intégrés dans leurs objectifs.

Les plans départementaux lancés en 2005 seront généralisés en 2006 et permettront à la MILDT, dès le mois de janvier 2006, de déléguer ses crédits déconcentrés sur la base des objectifs de ces plans.

Une seconde délégation de crédits de 800.000 euros a permis de soutenir les projets interministériels particulièrement innovants présentés par certains départements et impliquant le réseau associatif local.

Par ailleurs, la MILDT a souhaité mettre en place un **réseau régional de documentation et d'information** performant ouvert à tous les professionnels, les centres départementaux n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité. Les chefs de projet des départements chefs-lieux de région ont été chargés de cette mission en 2005, en partenariat avec les structures associatives et les collectivités territoriales. Cinq CIRDD ont été labellisés en 2005 et une dizaine de projets devraient l'être en 2006.

Ainsi, l'optimisation du réseau territorial de la MILDT (chefs de projet départementaux et CIRDD régionaux) devrait conforter le pilotage local et permettre une mise en œuvre sur l'ensemble du territoire des grands axes de la politique publique de lutte contre les drogues.

Votre commission approuve les orientations mises en œuvre par la MILDT en matière de pilotage des politiques locales. Cette réforme répond aux critiques émises par la commission d'enquête du Sénat sur la faiblesse de ce pilotage et de l'évaluation des politiques menées localement¹.

Enfin, **3,1 millions d'euros sont destinés à assurer l'animation et la coordination des actions menées par les ministères** concernés par la lutte contre la drogue et la toxicomanie. Ces actions sont présentées et validées lors du conseil interministériel annuel de la MILDT. Elles répondent aux priorités du plan quinquennal 2004-2008 dans les domaines de la prévention, de la prise en charge et de la répression. Il s'agit essentiellement d'actions de formation

¹ Rapport précité p. 38.

commune, de prévention et de dotation en moyens matériels et pédagogiques innovants pour les personnels.

Les deux objectifs assignés à cette mission par le projet de loi de finances dont la mobilisation de l'ensemble des administrations et partenaires autour des objectifs du plan quinquennal et le renforcement de la cohérence de la politique publique au niveau central et territorial.

2. La poursuite des expérimentations

L'action « expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi » sera dotée, en 2006, de **5,5 millions d'euros, soit une diminution de 8,9 %**, non négligeable rapportée au montant limité des crédits qui lui sont affectés.

La MILDT n'a pas vocation à pérenniser sur son programme le financement des dispositifs qui relèvent de la compétence des ministères. En revanche, les crédits de cette action lui permettent d'**expérimenter pour le compte de ces ministères**, sur quelques sites et pendant un temps donné, de nouveaux modes de prévention, de prise en charge sanitaire et sociale et de respect de la loi. Ces expérimentations font ensuite l'objet d'une évaluation par l'OFDT pour juger de leur pérennisation sur les crédits ministériels. Elles peuvent être cofinancées par des associations, des organisations professionnelles, des collectivités territoriales ou encore l'assurance maladie.

En matière de **prévention**, cette action vise à expérimenter de nouveaux dispositifs innovants permettant de répondre aux difficultés rencontrées par les jeunes et leurs parents pour mesurer l'impact réel des drogues et évaluer leur propre consommation. Il s'agit d'imaginer une approche qui tienne compte des habitudes des jeunes à l'école et dans leur environnement socioculturel. C'est dans ce cadre que la MILDT a expérimenté, en 2004, des consultations « cannabis », qui ont pour mission d'accueillir et de soutenir les jeunes consommateurs et leur famille. Ce dispositif a été repris en 2005 par l'assurance maladie.

En 2006, une expérimentation devrait être mise en oeuvre en direction des organisations professionnelles et du milieu du travail, en priorité les plus exposés, afin de réduire les accidents du travail liés à la consommation de ces substances.

Pour ce qui concerne **la prise en charge sanitaire et sociale**, des expérimentations sur des dispositifs de repérage précoce, offrant un cadre adapté aux jeunes usagers de cannabis et à leurs parents, seront lancées en 2006. Par ailleurs, de nouveaux modes diversifiés de prise en charge (programmes sans substitution par exemple) seront testés, ainsi qu'un programme « crack » prenant en compte l'accueil, la prise en charge et l'ordre public.

Sur ce dernier point, les crédits affectés à cette action permettent de tester de nouveaux dispositifs de sensibilisation des populations au respect de la loi en lien avec des actions de prévention de la délinquance, notamment dans les zones urbaines sensibles et en matière de sécurité routière.

En 2006, les crédits de cette action serviront à financer, à hauteur de **3 millions d'euros**, le programme « crack » et un appel à projet auprès du réseau associatif pour proposer d'autres pistes d'action innovantes dans le cadre du plan quinquennal.

Des initiatives pourront également être proposées par les chefs de projet départementaux dans le cadre de leurs crédits déconcentrés, pour un montant de **2,5 millions d'euros**.

Compte tenu de l'importance des expérimentations dans le développement d'une politique de prévention et de prise en charge innovante et plus efficace, **vostra commission regrette que les crédits de cette action soient en nette diminution en 2006.**

L'objectif associé à cette action porte sur l'amélioration de la pertinence des dispositifs expérimentaux. L'indicateur de performance correspondant est le nombre de ces dispositifs repris par l'administration. Les prévisions sont de deux en 2005, trois en 2006 et le double en 2007.

3. Une action extérieure qui ne peut se passer des acteurs internationaux

La troisième action du programme est consacrée à la coopération internationale en matière de lutte contre la drogue. Les moyens accordés à ce poste seront, **en 2006, identiques à ceux de 2005, soit 1,2 million d'euros**. Cette somme correspond au montant des contributions volontaires aux organismes européens et internationaux et au financement de projets de coopération bilatérale dans les zones de trafic, les Caraïbes notamment.

L'objectif fixé à cette action par le projet de loi de finances est d'améliorer la pertinence des échanges internationaux en matière de lutte contre les drogues. L'indicateur de performance permettant de juger des résultats obtenus en la matière est le taux de reprise de projets mis en place dans les zones prioritaires par les Etats ou les organismes internationaux. Il devra atteindre 20 % en 2006 puis 50 % en 2008, contre 10 % en 2005.

La politique de coopération internationale de la MILDT s'inscrit dans la poursuite des orientations stratégiques définies respectivement par l'Union européenne et par les Nations Unies. La MILDT veille, à ce titre, à assurer le respect interministériel des engagements souscrits et à favoriser la coordination des actions extérieures françaises.

La coopération européenne et internationale pour la lutte contre la drogue

Le Plan quinquennal 2004-2008 prévoit de recentrer l'action extérieure de la France dans la lutte contre la drogue sur **quatre objectifs** : le rapprochement des politiques des Etats de l'Union européenne ; la participation active aux travaux des enceintes internationales, en particulier les Nations Unies ; l'intensification des contacts bilatéraux ; le développement des actions d'assistance technique.

Il est prévu de cibler les actions de la France sur **quatre zones géographiques prioritaires** : les pays d'Europe centrale et orientale, l'Afrique, l'Asie centrale, l'Amérique latine et les Caraïbes. Si les relations d'assistance sont traditionnellement très actives en direction de l'Amérique latine, à titre bilatéral ou dans le cadre de l'Organisation des Etats américains (Cicad) et, dans une moindre mesure, en direction de l'Asie centrale, elles doivent être renforcées en direction de la partie orientale de l'Europe, où l'explosion du VIH/Sida a pour cause principale l'injection de drogue, et de l'Afrique, notamment des pays du Maghreb.

En Europe centrale et orientale, la MILDT a développé des actions de coopération avec la Pologne et avec la Roumanie, dans le cadre des jumelages Phare de l'Union européenne. En relation avec l'Allemagne, elle essaie de mettre sur pied une coopération triangulaire avec l'Ukraine. Elle s'efforce également 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 (ONUDC) à Vienne. En collaboration avec les Pays-Bas, elle étudie la création d'un réseau d'échanges et d'information avec les pays du Maghreb.

Le cadre de **la coopération en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie tend, en effet, à devenir de plus en plus communautaire**. Depuis plusieurs années, et notamment depuis la présidence française de 2000, l'Union européenne a en effet adopté une approche globale de ces questions, qui associe étroitement les actions de réduction de la demande et de l'offre. Elle s'exprime désormais d'une seule voix lors des sessions de la commission des stupéfiants aux Nations Unies. En outre, un premier plan d'action communautaire en matière de drogues a été mis en place pour la période 2000-2004, suivi par l'adoption d'une stratégie antidrogue pour la période 2005-2012 et d'un nouveau plan d'action pour 2005-2008.

Ce plan présente une liste de quarante-six objectifs, qui font l'objet d'un suivi régulier sous la forme de rapports d'exécution demandés aux Etats membres. Il recommande, en outre, la création dans chaque Etat d'une structure interministérielle de coordination, ce dont la France dispose déjà. Les Etats sont également encouragés à échanger leurs informations et à procéder à une évaluation systématique des actions entreprises.

Dans le domaine de l'action extérieure, l'Union européenne renforce son action auprès des pays d'Amérique latine, de l'Afghanistan, de l'Iran et de la Russie. Elle cherche également à améliorer la coordination dans les pays où les Etats membres agissent encore en ordre dispersé. L'ensemble des initiatives et interventions extérieures nationales en matière de drogue fait ainsi l'objet d'une compilation annuelle pour améliorer leur cohérence.

Au niveau international, l'ONUDDC veille 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. La France a signé et ratifié l'ensemble de ces conventions. Elle joue un rôle actif dans la consolidation du système multilatéral par sa participation aux enceintes compétentes, le conseil exécutif de l'OMS et la commission des stupéfiants, les financements qu'elle apporte aux programmes de coopération internationale et les initiatives qu'elle présente dans ces enceintes.

La MILDT soutient et complète les efforts financiers de la France à aux Nations Unies. En 2005, elle a accordé une contribution de 534.000 euros à l'ONUDDC pour des programmes d'assistance législative et juridique aux Etats, de lutte contre les cultures illicites et d'aide au développement au Maroc, en Amérique latine et en Iran. Elle verse également une subvention à l'OMS pour soutenir un programme de protection des enfants et des jeunes contre les méfaits du tabac en Afrique.

Au sein du Conseil de l'Europe, la MILDT représente la France au Groupe Pompidou, dont elle subventionne les activités à hauteur de 20.000 euros chaque année.

C. LA MILDT PEINE ENCORE À TROUVER TOUTE SA PLACE

1. Un rôle théoriquement renforcé par le plan quinquennal

Le décret du 15 septembre 1999 a confié à la MILDT la mission d'animer et de coordonner les actions des différents ministères compétents en matière 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 de ces politiques.**

Elle s'appuie, dans chaque département, sur un sous-préfet chef de projet « drogues », chargé de la coordination interministérielle, et sur un coordinateur technique issu d'un service déconcentré, la DDASS le plus souvent. Au niveau régional, le 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 rassemble, pour chaque région, les outils méthodologiques et les données d'observation.

Le plan 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool a renforcé le rôle de pilotage interministériel de la MILDT. Celle-ci a pu également engager des actions d'envergure, comme la mise en place de consultations cannabis pour les jeunes en 2004.

Toutefois, **son autorité en la matière n'est pas totalement assise par rapport aux politiques ministérielles**, ce que confirme l'épisode budgétaire du fonds de concours et de l'affectation des crédits du plan quinquennal à un autre programme. En outre, **son rattachement de principe au Premier ministre n'est pas suffisamment affirmé** comme l'indique l'inscription de ses crédits à la mission Santé et de ses moyens humains à la mission Solidarité et Intégration.

Le risque est donc grand, malgré les efforts de la MILDT, de voir son rôle spécifique et son influence se diluer au profit de la seule politique de santé. Déjà, dans son rapport public de 1998, la Cour des comptes dénonçait 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 la MILDT les moyens de s'affirmer alors que le plan quinquennal lui fournit la meilleure occasion de proposer des actions innovantes.

2. Une myriade d'opérateurs qui pourraient être regroupés

La mise en œuvre du programme « drogue et toxicomanie » s'appuie sur **quatre opérateurs**, financés sur les crédits de l'action « coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif » pour un total de **9 millions d'euros en 2006** :

- **drogues alcool tabac info service** (Datis), Gip interministériel de téléphonie créée en 1990, est chargé de conseiller et de prévenir les consommations de produits psychoactifs et d'orienter les usagers vers des structures spécialisées. Il est l'un des outils de la MILDT pour l'information du grand public. A ce titre, il reçoit environ 1.200 appels par jour. En 2005, une ligne spéciale « écoute cannabis » a été ouverte qui sera maintenue en 2006 compte tenu de son succès.

Il emploie **59,9 équivalents temps plein** et sera doté, **en 2006, de 4,7 millions d'euros** ;

- **l'OFDT**, constitué également sous forme de Gip, assure les fonctions d'observation des consommations et de diffusion des données depuis 1995 et contribue, à ce titre, à la réflexion sur les politiques conduites. Il a récemment été chargé d'une vaste étude sur la consommation de cannabis.

L'OFDT constitue 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 **trente équivalents temps plein**, dont vingt-neuf rémunérés par le ministère de la santé.

3,3 millions d'euros lui seront alloués par l'Etat en 2006, auxquels s'ajoute une subvention du REITOX à hauteur de 110.000 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 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. Le comité de pilotage de la MILDT a décidé, en 2005, de confier au Cifad l'ensemble des formations précédemment mises en œuvre par les services des douanes et de la police, ce qui permettra de doubler l'offre de formation proposée (actuellement une dizaine de modules pour 320 stagiaires chaque année).

La subvention de l'Etat est fixée à **516.100 euros pour 2006, que complètent les fonds de coopération régionaux à hauteur de 100.000 euros**. S'il emploie **12,1 équivalents temps plein**, le ministère de la santé n'en finance qu'une infime partie (0,1 équivalents temps plein) ;

- l'association **Toxibase** est chargée, depuis 1986, du pilotage du volet documentaire des centres régionaux d'information et de ressources, qui comptent 350.000 références. Sa mission s'est récemment étendue à la base de données législative et juridique.

Elle emploie **6,4 équivalents temps plein** et est financée à hauteur de **442.000 euros en 2006**. La vente de revues devrait, en outre, lui rapporter 33.000 euros supplémentaires.

Votre commission juge complexe cette organisation et souhaite qu'une réflexion soit menée pour **intégrer l'ensemble de ces opérateurs dans la MILDT** qui, interministérielle par nature, n'a pas besoin de multiplier les Gip pour mener les missions qui lui sont confiées. En contrepartie, il reviendra aux ministères parties à ces Gip de subventionner directement la MILDT.

Ce constat est particulièrement patent pour l'association Toxibase, qui est exclusivement financée par la MILDT et dont l'indépendance n'apporte rien à l'exercice de ses fonctions.

*

* *

Au vu des observations formulées dans le présent avis et sous réserve de l'amendement qu'elle vous propose, **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 2 novembre 2005 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 2006 (mission « Santé »).

M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a indiqué que la mission « Santé » dispose, pour 2006, d'un budget de 399,3 millions d'euros répartis en trois programmes : santé publique et prévention, offre de soins et qualité du système de soins et drogue et toxicomanie.

Le premier de ces programmes, de loin le plus important avec 259,6 millions d'euros, est destiné essentiellement au financement des grands plans de santé publique, notamment le plan cancer doté d'un quart des crédits du programme, soit 96,5 millions d'euros. La lutte contre le cancer, première cause de décès prématurés avec 150.000 morts par an, est ainsi réaffirmée comme priorité du quinquennat : en 2006, l'Institut national du cancer (Inca) disposera de 10 millions d'euros supplémentaires pour financer sa montée en charge et le plan cancer bénéficiera d'une augmentation de 32 % de son budget.

Les plans « nutrition-santé », « santé mentale », « lutte contre la douleur », « maladies chroniques », « maladies d'Alzheimer » et « lutte contre le Sida » constituent également des priorités fortes du Gouvernement et seront financés comme telles en 2006, sans être sacrifiés à l'effort budgétaire consenti à la lutte contre le cancer. Ainsi, les actions de prévention des pratiques à risques, de soutien et de réinsertion sociale des personnes séropositives et des malades seront renforcées en 2006 dans le cadre du plan de « lutte contre le Sida », dont la part de financement respective de l'Etat et de l'assurance maladie sera modifiée.

Concernant le programme drogue et toxicomanie, M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a indiqué qu'il est doté, pour 2006, de 37,3 millions d'euros, permettant à la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) de mener à bien les missions qui lui sont confiées par le plan quinquennal lancé par le Premier ministre le 26 juillet 2005.

Enfin, le programme offre de soins et qualité du système de soins, 102,4 millions d'euros en 2006, poursuit un objectif de modernisation des soins grâce notamment à la formation du personnel de santé, à la

dynamisation de la recherche hospitalière et au développement de la télémédecine.

Ces trois programmes constitutifs de la mission « Santé » répondent à l'exigence d'équité territoriale en matière de santé publique et prennent en compte, à ce titre, les mesures de recentralisation du dépistage de certaines maladies (maladies sexuellement transmissibles (MST), tuberculose, etc.) assuré jusqu'à ce jour par les départements, et de décentralisation aux régions des formations paramédicales, en application de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales.

***M. Alain Milon, rapporteur pour avis**, s'est interrogé sur la suppression envisagée du fonds de concours de 1,2 million d'euros que la MILDT répartit traditionnellement entre les ministères concernés pour le financement des actions de lutte contre la drogue. Le rattachement direct, au ministère des finances, du produit des saisies de biens et de numéraire des trafiquants risque de faire perdre de vue son utilisation pour la seule lutte contre la drogue.*

***M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités**, a assuré que cette réforme, en cours d'arbitrage, ne doit pas entraver l'action de la MILDT, qui conservera le pilotage de ces crédits entre les différents ministères, même si elle n'en opère plus directement la distribution.*

***M. Alain Milon, rapporteur pour avis**, s'est inquiété des moyens prévus en 2006 pour le financement des plans de santé publique compte tenu des crédits importants attribués au plan cancer et au financement de l'Inca, dans un contexte de fongibilité du programme santé publique et prévention.*

***M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités**, a estimé que la mise en place de l'Inca permet, au contraire, de mener une politique plus efficace en matière de lutte contre le cancer et d'éviter les surcoûts. Il a confirmé que les autres plans seront, en 2006, financés au moins à hauteur des crédits perçus en 2005.*

***M. Alain Milon, rapporteur pour avis**, a enfin interrogé le ministre sur la capacité de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), à mener à bien sa mission d'information et de prévention, notamment en matière de lutte contre la drogue et l'obésité, avec un budget pour 2006 en diminution de 15 millions d'euros, alors même qu'une campagne sur la grippe aviaire apparaît nécessaire.*

***M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités**, a rappelé que les crédits consacrés par l'Inpes à la lutte contre l'obésité sont en constante augmentation. Ils se sont élevés à 5 millions d'euros en 2004, puis à 8 millions d'euros en 2005, ce qui a permis le financement d'une campagne de 5,7 millions d'euros sur les glucides.*

L'Inpes bénéficiera, en 2006, d'un budget sensiblement équivalent à celui de 2005, soit 100 millions d'euros répartis comme suit : une dotation de l'Etat de 23 millions d'euros, une participation de l'assurance maladie de

61 millions d'euros, en nette augmentation, une ponction de 13 millions d'euros sur son fonds de roulement, enfin une participation de 3 millions d'euros de la CNSA pour le financement de la campagne d'information « Bien vieillir ». En 2007, il percevra également les recettes de la taxe sur les publicités vantant des produits caloriques. Par ailleurs, des crédits supplémentaires seront débloqués si une campagne spécifique sur la grippe aviaire est menée en 2006 par l'Inpes.

M. François Autain a souhaité obtenir des précisions sur le taux de progression du budget de la mission « Santé » en 2006 et sur les modalités de financement respectif du plan de lutte contre le sida par l'Etat et l'assurance maladie.

Il s'est inquiété de la faiblesse des sommes prévues en 2006 pour les plans « maladie d'Alzheimer », d'une part, et « soins palliatifs », d'autre part, et des risques liés à la fongibilité des enveloppes allouées aux différents plans de santé publique. Concernant les soins palliatifs, il a regretté l'insuffisance de leur nombre et a souhaité que le plan, qui arrive à échéance à la fin de l'année 2005, soit prolongé.

En réponse à M. François Autain, **M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités**, a estimé que le taux de progression ne doit pas constituer le critère unique de jugement d'un budget, qui doit au contraire être lu en fonction des objectifs fixés et de l'efficacité des politiques menées.

L'ensemble des plans de santé publique bénéficieront d'une augmentation de leur enveloppe en 2006 : 852.140 euros pour les maladies rares (728.944 euros en 2005), 6,5 millions d'euros pour la santé mentale (5,2 millions en 2005), 3,2 millions d'euros pour la périnatalité (1,6 million en 2005), 730.000 euros pour la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (314.000 euros en 2005). A cet égard, il a rappelé que le plan contre la maladie d'Alzheimer est applicable pour la période 2004-2007 et poursuit dix objectifs, dont la reconnaissance de la maladie comme affection de longue durée (ALD), permettant une simplification des formalités et de la prise en charge des malades. Il a souhaité que la poursuite de ce plan au-delà de 2007 soit envisagée, notamment pour améliorer le diagnostic précoce et l'accompagnement des familles. Les études et les recherches cliniques doivent être développées pour ralentir la progression de la maladie, qui touche déjà 850.000 personnes. Il a rappelé que le plan Alzheimer est en grande partie financé par l'assurance maladie, en particulier pour les structures d'accueil des malades.

Concernant le plan de lutte contre le Sida, il a indiqué que les crédits sont reconduits à un niveau identique depuis 2002.

M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a annoncé que 8,7 millions d'euros supplémentaires seront attribués chaque année jusqu'en 2007 pour le développement des soins palliatifs et l'amélioration de l'information des familles.

II. EXAMEN DE L'AVIS

Réunie le mercredi 16 novembre 2005 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 2006 (mission : Santé).

M. Alain Milon, rapporteur pour avis, a indiqué que la mission « Santé » est dotée, en 2006, de 400 millions d'euros, soit une augmentation de 10 % par rapport à 2005, pour financer les grands enjeux de santé publique grâce à trois programmes d'inégale importance : « Santé publique et prévention », « Offre de soins et qualité du système de soins » et « Drogue et toxicomanie ».

Ces crédits ne correspondent, en réalité, qu'à une part minoritaire des moyens affectés à la politique de santé. En effet, les dépenses fiscales qui concourent à ces actions s'élèvent à 1,9 milliard d'euros, soit cinq fois plus ; par ailleurs, l'assurance maladie finance l'essentiel des mesures ; enfin, les frais de personnels sont imputés sur la mission « Solidarité et Intégration » pour un total de 280 millions d'euros. A cet égard, une présentation plus sincère du budget supposerait que ce dernier poste de dépenses soit, à l'avenir, intégré dans la mission « Santé ».

Le programme « Santé publique et prévention » comprend quatre actions destinées à mettre en œuvre les objectifs suivants : concevoir et piloter la politique de santé publique ; promouvoir l'éducation pour la santé ; diminuer la mortalité et la morbidité évitables ; améliorer la qualité de vie des malades. Les crédits alloués au programme atteignent près de 260 millions d'euros pour 2006, soit 65 % de l'ensemble du budget.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis, a ensuite présenté l'action « Pilotage de la politique de santé publique », dotée de 28,4 millions d'euros dont près du tiers sera affecté aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les plus défavorisés.

Rappelant que la politique de santé publique s'appuie sur la mise en œuvre de plans stratégiques pour la période 2004-2008 consacrés à des priorités sanitaires identifiées, il a indiqué que les trois autres actions du programme : « Déterminants de santé », « Pathologies à forte morbidité/mortalité » et « Qualité de la vie et handicaps », regroupent les crédits étatiques destinés à leur mise en œuvre.

L'action « Déterminants de santé », rassemble ainsi les politiques d'information sur les risques de santé évitables liés à des comportements ou à un environnement à risque. Ces crédits s'élèvent à 34,7 millions d'euros, dont 18 millions d'euros pour le plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. Il a proposé d'imputer, par voie d'amendement, les crédits relatifs à ce plan, piloté par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), sur le programme « Drogue et toxicomanie ».

M. Alain Milon, rapporteur pour avis, a ensuite indiqué que l'action « Pathologies à forte morbidité/mortalité » concentre, avec 190 millions d'euros, plus de 73 % des moyens du programme. Ces crédits augmentent de 30 % sous l'effet de deux changements contraires de périmètre : la prise en charge par l'Etat des actions de prévention sanitaire, jusqu'alors assurées par les départements, et le transfert des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) à l'assurance maladie. Sur ce total, 96,5 millions d'euros seront consacrés à l'INCa et à la poursuite du plan de lutte contre le cancer et 36,3 millions d'euros à la lutte contre le VIH/Sida. Il a déploré, en revanche, que les moyens affectés à la lutte contre les hépatites et aux plans « Santé mentale » et « Maladies rares » ne s'élèvent qu'à 10,2 millions d'euros, bien en deçà des prévisions. En effet, pour le seul plan « Maladies rares », la dotation annuelle de l'Etat avait dû atteindre 20 millions d'euros.

Il a enfin présenté l'action « Qualité de la vie et handicap », dotée de 6,1 millions d'euros, soit une augmentation de près de 60 % par rapport à 2005. Les mesures qu'elle recouvre concernent l'accès à la contraception et à l'IVG, le dépistage des troubles de l'apprentissage chez les enfants, la prévention, le dépistage et la prise en charge du diabète, des maladies rénales, des maladies chroniques et liées au vieillissement.

Présentant ensuite le deuxième programme « Offre de soins et qualité du système de soins » qui rassemble les actions relatives à la gestion des établissements et des personnels de santé, **M. Alain Milon, rapporteur pour avis**, a précisé qu'il comprend trois actions d'importance variable. Ses crédits s'élèvent à 102,4 millions d'euros, soit une diminution de 10,5 %, mais ils ne rendent que très partiellement compte des moyens réellement consacrés à l'offre de soins. L'Etat n'intervient en effet qu'à hauteur de 1 % du total des dépenses.

L'action « Niveau et qualité de l'offre de soins » a pour objet d'optimiser la formation et la répartition des professionnels de santé. Elle demeure, avec 70 millions d'euros, la plus importante du programme, malgré le transfert aux régions du financement des instituts de formation des personnels paramédicaux, prévu par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales. L'essentiel de cette enveloppe est consacré à la formation des internes en médecine, soit 51 millions d'euros. Par ailleurs, 5,5 millions d'euros sont affectés à l'année de recherche dont bénéficient les étudiants les mieux classés des internats de médecine et de pharmacie. Il a regretté, à cet égard, que cette dotation soit systématiquement

inférieure aux besoins et doit faire l'objet, depuis 2003, d'une rallonge en loi de finances rectificative. Enfin, le lancement de plusieurs nouvelles activités bénéficie de 9,6 millions d'euros pour financer l'accréditation des médecins, la certification des sites dédiés à la santé et la certification des visites médicales.

Les crédits de l'action « Accessibilité de l'offre de soins » s'élèvent à seulement 1,2 million d'euros pour le développement de la télémédecine dans le cadre des contrats de plan Etat-régions et le renforcement des réseaux de santé, et ceux de l'action « Soutien », à 31 millions d'euros affectés, pour l'essentiel, aux subventions des opérateurs, soit près de 22 millions d'euros, dont 19,6 destinés aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

***M. Alain Milon, rapporteur pour avis,** a déploré la persistance des inégalités, malgré les efforts de l'Etat et de l'assurance maladie en faveur de l'accès aux soins. Les études montrent qu'un écart demeure en termes d'espérance de vie entre les cadres et professions libérales et les ouvriers. Les catégories sociales les plus défavorisées sont aussi les plus touchées par les naissances prématurées, l'obésité, les infections bucco-dentaires, les maladies psychiatriques, le diabète et certains cancers. Il s'est inquiété, en conséquence, des réformes en cours concernant les dispositifs d'accès aux soins des plus défavorisés - l'aide médicale de l'Etat (AME) et CMU complémentaire (CMU-C) - et a souhaité qu'un bilan soit établi après une année d'application, pour adapter éventuellement ces dispositifs s'il s'avérait qu'ils ont rendu l'accès aux soins plus difficile.*

Il a enfin présenté le programme « Drogue et toxicomanie », qui se décline en trois actions pilotées par la MILDT : « 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 ». Il a estimé que la drogue constitue un facteur majeur de risque sanitaire et d'exclusion sociale et soulève un problème évident de sécurité intérieure.

Le projet de budget dote ce programme de 37,3 millions d'euros, traditionnellement complétés par un fonds de concours d'un montant correspondant à la valeur des biens et des espèces saisis lors de l'arrestation de trafiquants, soit 1,2 million d'euros en 2006. Il a déploré qu'il soit envisagé de confier au ministère des finances, et non plus à la MILDT, le soin d'assurer sa répartition entre les différents ministères concernés par la lutte contre la drogue, avec le risque que ces crédits soient distribués sans contrôle de leur bonne affectation à ces politiques.

***M. Alain Milon, rapporteur pour avis,** a indiqué que l'essentiel des crédits du programme est affecté à l'action « Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif », qui recevra, en 2006, 30,6 millions d'euros, dont 18,5 millions pour le financement d'actions locales.*

L'action « Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi » est dotée de 5,5 millions d'euros, en diminution de 9 %. Cette action permet à la MILDT d'expérimenter de nouveaux dispositifs, qui pourront ensuite être pérennisés par les ministères compétents ou l'assurance maladie. C'est dans ce cadre qu'ont été testées, en 2004, les consultations « cannabis », reprises ensuite par l'assurance maladie.

La troisième action du programme est consacrée à la coopération internationale en matière de lutte contre la drogue et les moyens accordés à ce poste sont stables à 1,2 million d'euros.

Sous réserve de l'amendement proposé, il a invité la commission à donner un avis favorable à l'adoption des crédits de la mission « Santé ».

***Mme Sylvie Desmarescaux** s'est déclarée inquiète de la persistance des inégalités en matière d'accès aux soins, dont pâtissent notamment les bénéficiaires de la CMU-C. Elle a constaté que la consommation de drogue continue de progresser, en particulier chez les jeunes, toutes catégories sociales confondues. L'une des causes de cette augmentation réside, à son sens, dans la hausse du prix du tabac, qui conduit les jeunes à choisir de consommer plutôt du cannabis. Cette situation est particulièrement grave dans les départements du Nord de la France, proches de la Belgique et des Pays-Bas où cette drogue est plus facilement accessible.*

***Mme Gisèle Printz** a demandé quelles sont les mesures et les moyens prévus en matière de prévention du suicide. Elle a estimé encore insuffisant le nombre de structures destinées à l'accueil des jeunes après une tentative de suicide.*

***M. Gilbert Barbier** a regretté que certains secteurs de la santé publique soient délaissés au profit des politiques prioritaires. Il s'est notamment inquiété de la diminution des crédits affectés à la lutte contre la drogue et la toxicomanie. Il a demandé si la MILDT a été auditionnée par le rapporteur et si les orientations fixées il y a deux ans ont été effectivement suivies par cet opérateur.*

***M. Nicolas About, président**, a indiqué que la prévention du suicide constitue une priorité du présent projet de loi de finances.*

***M. Guy Fischer** a souligné l'amélioration incontestable de la présentation budgétaire grâce à la LOLF. Pour autant, les crédits affichés pour la mission « Santé » en 2006 demeurent insuffisants et les résultats de la politique de santé ne sont pas visibles sur le terrain. Il a déploré la diminution des crédits du programme « Offre de soins et qualité du système de soins » qui risque de renforcer les inégalités en matière d'accès aux soins. Il s'est également inquiété de la diminution des crédits du programme « Drogue et toxicomanie » et a indiqué que le groupe communiste républicain et citoyen votera contre l'adoption des crédits de la mission « Santé ».*

M. Nicolas About, président, a fait valoir que la qualité d'un budget ne doit pas se juger seulement à l'aune des augmentations de crédits. Il a ensuite demandé si le fait que les personnes défavorisées accèdent médiocrement aux soins s'explique par des raisons financières ou par les relations dégradées qu'elles entretiennent avec le système de santé.

M. Guy Fischer a considéré que le comportement de certains professionnels de santé, notamment des médecins spécialistes et des dentistes qui effectuent un tri parmi les patients qu'ils reçoivent, est l'une des causes de cette médiocrité d'accès aux soins par les personnes les plus défavorisées. Celles-ci sont, de ce fait, accueillies de plus en plus souvent par les centres de santé et leur situation financière s'en trouve dégradée.

Mme Sylvie Desmarescaux a constaté que le faible nombre de dentistes installés dans certaines régions leur donne une grande latitude pour choisir leurs patients.

Mme Gisèle Printz a indiqué que la situation est la même pour les ophtalmologues.

M. Paul Blanc a demandé quels sont les moyens consacrés à la lutte contre la tuberculose, dont la recrudescence est constatée dans certaines zones.

En réponse, **M. Alain Milon, rapporteur pour avis**, a rappelé que la lutte contre la tuberculose fait partie des compétences départementales transférées à l'Etat par la loi du 13 août 2004. La moitié des départements environ a choisi, au 31 juillet 2005, de conserver cette compétence. Tel est en particulier le cas des départements les plus touchés par cette pathologie, notamment les Bouches-du-Rhône. Les crédits affectés à cette action sont stables pour 2006.

Concernant les inégalités en matière d'accès aux soins, il a indiqué que, selon l'association « Médecins du monde », un grand nombre de personnes qui recourent à ses services n'a pas fait les démarches administratives nécessaires à l'obtention de l'AME et de la CMU C, ce qui alimente les craintes des associations sur les conséquences de la réforme de l'AME.

Il a confirmé que les mesures de prévention du suicide sont intégrées au plan « Santé mentale » qui dispose, pour 2006, de 5,8 millions d'euros. Il a ajouté que le développement des maisons de l'adolescent permet une amélioration de l'accueil des jeunes après une tentative de suicide.

Il a enfin estimé que la MILDT a largement pris en compte les critiques qui lui ont été adressées concernant son laxisme relatif en matière de lutte contre les drogues douces et a rappelé que des actions fortes sur les dangers de la consommation de cannabis sont menées depuis 2004. Il a rappelé qu'il est favorable au maintien de la compétence de cette mission pour la ventilation et le contrôle des crédits du fonds de concours afin de confirmer son rôle de coordination des politiques publiques.

La commission a ensuite adopté un amendement proposé par le rapporteur visant à transférer, sur le programme « Drogue et toxicomanie », les crédits consacrés au plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool affectés au programme « Santé publique et prévention ».

*Enfin, elle a émis **un avis favorable à l'adoption des crédits de la mission « Santé » pour 2006 ainsi modifiés.***

AMENDEMENT ADOPTÉ PAR LA COMMISSION

Article 52

(et état B annexé)

Mission « Santé »

Autorisations d'engagement et crédits de paiement

Programme	+	-
Santé publique et prévention		18.061.178
Drogue et toxicomanie	18.061.178	