

Projet de loi de finances pour 2006

Santé

Note explicative

Cette annexe au projet de loi de finances est prévue par l'article 51-5° de la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001 (LOLF). Conformément aux dispositions de la loi organique, ce document développe l'ensemble des moyens regroupés au sein d'une mission et alloués à une politique publique. Il comprend les projets annuels de performances des programmes qui lui sont associés.

- **Cette annexe par mission récapitule les crédits (y compris les fonds de concours attendus) et les emplois demandés pour 2006 en les détaillant par programme, action, titre et catégorie.**

Les crédits de la loi de finances pour 2005, votée selon la nomenclature de l'ordonnance de 1959, font l'objet d'une présentation indicative dans la nomenclature prévue par la LOLF (cf. encadré).

- **Chaque programme constitutif de la mission est ensuite détaillé. Les parties relatives aux programmes comprennent les éléments suivants :**
 - **La présentation des crédits du programme et des dépenses fiscales associées :**
 - Les crédits, constitués d'autorisations d'engagement (AE) et de crédits de paiement (CP), sont détaillés selon la nomenclature par destination (programmes et actions) et par nature (titres et catégories). L'évaluation des fonds de concours attendus en 2006 est précisée.
 - Le cas échéant, les dépenses fiscales rattachées au programme sont indiquées ainsi que leur évaluation (qui figure également dans le tome II de l'annexe Voies et moyens). Lorsqu'un programme n'a pas de dépense fiscale associée, cette rubrique ne figure pas.
 - **Le projet annuel de performances qui regroupe :**
 - La présentation du programme et de ses actions.
 - La présentation des objectifs et des indicateurs de résultats.
 - La justification au premier euro des crédits. Elle développe le contenu physique et financier du programme ainsi que les déterminants de la dépense et un échéancier des crédits de paiement associés aux autorisations d'engagement. En raison des nouvelles modalités de décompte des emplois, leur nombre n'est pas indiqué en 2004, mais figure pour 2005 à chaque fois que l'information est disponible.
 - Une présentation des principaux opérateurs et de leurs emplois.
 - La présentation des coûts associés.

Sauf indication contraire, **les montants de crédits figurant dans les tableaux du présent document sont exprimés en euros.** Les crédits budgétaires sont présentés, selon l'article 8 de la LOLF, en autorisations d'engagement et en crédits de paiement.

Les emplois sont exprimés en équivalent temps plein travaillé (ETPT). On distingue les effectifs physiques qui correspondent aux agents rémunérés, quelle que soit leur quotité de travail et les ETPT (équivalents temps plein travaillé) correspondant aux effectifs physiques pondérés par la quotité de travail des agents. A titre d'exemple, un agent titulaire dont la quotité de travail est de 80% sur toute l'année, correspond à 0,8 ETPT ou encore, un agent en CDD de 3 mois, travaillant à temps partiel à 80% correspond à 0,8 x 3/12 ETPT.

Indications relatives aux conventions de présentation des crédits votés pour 2005 en raison du changement de cadre budgétaire

La répartition des crédits votés pour 2005 constitue une actualisation du rapport déposé en annexe du PLF 2005 (en application de l'article 66-I de la LOLF) qui présentait, à titre indicatif, les crédits du budget général selon les principes retenus par la loi organique. La nomenclature a été modifiée sur quelques points qui ont été présentés dans le tome II du rapport sur l'évolution de l'économie nationale et sur les orientations des finances publiques transmis en juin dernier lors du débat d'orientation budgétaire.

Pour la présentation des crédits votés pour 2005 dans la nomenclature prévue par la LOLF, les autorisations d'engagement ont été évaluées sur une base conventionnelle : pour les dépenses en capital, les autorisations de programme ont été converties en autorisation d'engagement et ont été réparties dans la nomenclature LOLF selon les mêmes clés de répartition que les crédits de paiement associés ; pour les dépenses ordinaires, il a été considéré que les autorisations d'engagement étaient de même montant que les crédits de paiement sauf dans le cas d'expérimentations ayant explicitement donné lieu à une budgétisation en autorisations d'engagement.

Les crédits de pensions de 2005 n'ont pas été traduits en taux de cotisation. Les charges de pensions inscrites sur les budgets des ministères ont été réparties par programme au prorata des effectifs budgétaires correspondant à ces programmes et les charges de pensions inscrites au budget des Charges communes maintenues sur une ligne spécifique. En raison de la différence dans les modalités de répartition de ces crédits du titre 2, les dépenses de personnels ne sont pas directement comparables entre 2005 et 2006.

Les comparaisons entre les crédits votés pour 2005, présentés selon la nomenclature LOLF, et les demandes de crédits pour 2006 doivent donc être réalisées de façon prudente.

Les prévisions de fonds de concours pour 2005, rattachées en exécution selon la nomenclature de l'ordonnance de 1959, n'ont pu être ventilées dans la nouvelle nomenclature et ne figurent pas ainsi dans les tableaux (colonnes grisées). Enfin, en raison du passage d'un cadre budgétaire à l'autre, la présentation de l'exécution des crédits 2004 au format LOLF ne peut être fournie.

L'ensemble des documents budgétaires ainsi qu'un guide de lecture et un lexique sont disponibles sur le site Internet du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie : <http://www.minefi.gouv.fr>

Table des matières

Récapitulations des crédits de la mission	5
Récapitulation des crédits par programme	6
Récapitulation des crédits par programme et action	7
Présentation des crédits par programme et titre	8
Programme 204 : Santé publique et prévention	9
Présentation des crédits du programme et des dépenses fiscales associées	10
Projet annuel de performances : Présentation du programme, des actions, des objectifs et des indicateurs	14
Projet annuel de performances : Justification des crédits	31
Projet annuel de performances : Opérateurs	39
Projet annuel de performances : Coûts du programme et des actions	45
Programme 171 : Offre de soins et qualité du système de soins	47
Présentation des crédits du programme et des dépenses fiscales associées	48
Projet annuel de performances : Présentation du programme, des actions, des objectifs et des indicateurs	52
Projet annuel de performances : Justification des crédits	59
Projet annuel de performances : Opérateurs	64
Projet annuel de performances : Coûts du programme et des actions	67
Programme 136 : Drogue et toxicomanie	69
Présentation des crédits du programme et des dépenses fiscales associées	70
Projet annuel de performances : Présentation du programme, des actions, des objectifs et des indicateurs	73
Projet annuel de performances : Justification des crédits	82
Projet annuel de performances : Opérateurs	86
Projet annuel de performances : Coûts du programme et des actions	92

Récapitulations des crédits de la mission

Récapitulation des crédits par programme

Programme	Ministre intéressé	Autorisations d'engagement pour 2006	Crédits de paiement pour 2006
Santé publique et prévention	Ministre de la santé et des solidarités	271.073.383	259.621.030
Offre de soins et qualité du système de soins	Ministre de la santé et des solidarités	100.810.000	102.383.000
Drogue et toxicomanie	Ministre de la santé et des solidarités	37.330.000	37.330.000
Totaux		409.213.383	399.334.030

Récapitulation des crédits par programme et action

Numéro et intitulé du programme et de l'action	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Ouvertes en LFI pour 2005	Demandées pour 2006	Fonds de concours attendus en 2006	Ouverts en LFI pour 2005	Demandés pour 2006	Fonds de concours attendus en 2006
204 Santé publique et prévention	210.437.637	271.073.383		210.437.637	259.621.030	
01 Pilotage de la politique de santé publique	23.289.098	29.006.187		23.289.098	28.383.892	
02 Déterminants de santé	36.970.447	36.105.500		36.970.447	34.739.826	
03 Pathologies à forte morbidité/mortalité	146.300.683	199.650.118		146.300.683	190.374.874	
04 Qualité de la vie et handicaps	3.877.409	6.311.578		3.877.409	6.122.438	
171 Offre de soins et qualité du système de soins	104.371.463	100.810.000	0	114.371.463	102.383.000	0
01 Niveau et qualité de l'offre de soins	80.986.368	70.110.060	0	80.986.368	70.110.060	0
02 Accessibilité de l'offre de soins	1.293.273	1.218.000	0	1.293.273	1.218.000	0
03 Soutien	22.091.822	29.481.940	0	32.091.822	31.054.940	0
136 Drogue et toxicomanie	38.035.000	37.330.000	1.200.000	38.035.000	37.330.000	1.200.000
01 Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif	30.800.000	30.630.000	1.200.000	30.800.000	30.630.000	1.200.000
02 Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi	6.035.000	5.500.000		6.035.000	5.500.000	
03 Coopération internationale	1.200.000	1.200.000		1.200.000	1.200.000	

Présentation des crédits par programme et titre

Numéro et intitulé du programme et du titre	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Ouvertes en LFI pour 2005	Demandées pour 2006	Fonds de concours attendus en 2006	Ouverts en LFI pour 2005	Demandés pour 2006	Fonds de concours attendus en 2006
204 Santé publique et prévention	210.437.637	271.073.383		210.437.637	259.621.030	
Titre 3. Dépenses de fonctionnement	57.583.668	71.570.098		57.583.668	71.408.138	
Titre 5. Dépenses d'investissement	55.887			55.887		
Titre 6. Dépenses d'intervention	152.798.082	199.503.285		152.798.082	188.212.892	
171 Offre de soins et qualité du système de soins	104.371.463	100.810.000	0	114.371.463	102.383.000	0
Titre 3. Dépenses de fonctionnement	23.996.822	26.831.984		23.996.822	26.831.984	
Titre 6. Dépenses d'intervention	80.374.641	73.978.016		90.374.641	75.551.016	
136 Drogue et toxicomanie	38.035.000	37.330.000	1.200.000	38.035.000	37.330.000	1.200.000
Titre 3. Dépenses de fonctionnement	12.800.000	12.130.000	1.200.000	12.800.000	12.130.000	1.200.000
Titre 6. Dépenses d'intervention	25.235.000	25.200.000		25.235.000	25.200.000	
Totaux pour la mission	352.844.100	409.213.383	1.200.000	362.844.100	399.334.030	1.200.000
<i>Dont :</i>						
Titre 3. Dépenses de fonctionnement	94.380.490	110.532.082	1.200.000	94.380.490	110.370.122	1.200.000
Titre 5. Dépenses d'investissement	55.887			55.887		
Titre 6. Dépenses d'intervention	258.407.723	298.681.301		268.407.723	288.963.908	

Programme 204 : Santé publique et prévention

Présentation des crédits du programme et des dépenses fiscales associées

Présentation par action et titre des crédits demandés pour 2006

Autorisations d'engagement

Numéro et intitulé de l'action / sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total pour 2006	Fonds de concours attendus en 2006
01 Pilotage de la politique de santé publique	8.567.473	20.438.714	29.006.187	
02 Déterminants de santé	7.688.403	28.417.097	36.105.500	
03 Pathologies à forte morbidité/mortalité	52.890.574	146.759.544	199.650.118	
04 Qualité de la vie et handicaps	2.423.648	3.887.930	6.311.578	
Totaux	71.570.098	199.503.285	271.073.383	

Crédits de paiement

Numéro et intitulé de l'action / sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total pour 2006	Fonds de concours attendus en 2006
01 Pilotage de la politique de santé publique	8.452.482	19.931.410	28.383.892	
02 Déterminants de santé	7.675.924	27.063.902	34.739.826	
03 Pathologies à forte morbidité/mortalité	52.860.084	137.514.790	190.374.874	
04 Qualité de la vie et handicaps	2.419.648	3.702.790	6.122.438	
Totaux	71.408.138	188.212.892	259.621.030	

Présentation par action et titre des crédits votés pour 2005 (loi de finances initiale)

Autorisations d'engagement

Numéro et intitulé de l'action / sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 5 Dépenses d'investissement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total pour 2005	Prévisions de fonds de concours 2005
01 Pilotage de la politique de santé publique	5.127.515		18.161.583	23.289.098	
02 Déterminants de santé	9.551.113	55.887	27.363.447	36.970.447	
03 Pathologies à forte morbidité/mortalité	42.802.470		103.498.213	146.300.683	
04 Qualité de la vie et handicaps	102.570		3.774.839	3.877.409	
Totaux	57.583.668	55.887	152.798.082	210.437.637	

Crédits de paiement

Numéro et intitulé de l'action / sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 5 Dépenses d'investissement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total pour 2005	Prévisions de fonds de concours 2005
01 Pilotage de la politique de santé publique	5.127.515		18.161.583	23.289.098	
02 Déterminants de santé	9.551.113	55.887	27.363.447	36.970.447	
03 Pathologies à forte morbidité/mortalité	42.802.470		103.498.213	146.300.683	
04 Qualité de la vie et handicaps	102.570		3.774.839	3.877.409	
Totaux	57.583.668	55.887	152.798.082	210.437.637	

Présentation des crédits par titre et catégorie

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Consommées en 2004	Ouvertes en LFI pour 2005	Demandées pour 2006	Consommés en 2004	Ouverts en LFI pour 2005	Demandés pour 2006
Titre 3. Dépenses de fonctionnement		57.583.668	71.570.098		57.583.668	71.408.138
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel		4.614.614	3.405.361		4.614.614	3.243.401
Subventions pour charges de service public		52.969.054	68.164.737		52.969.054	68.164.737
Titre 5. Dépenses d'investissement		55.887			55.887	
Dépenses pour immobilisations corporelles de l'Etat		55.887			55.887	
Titre 6. Dépenses d'intervention		152.798.082	199.503.285		152.798.082	188.212.892
Transferts aux ménages			1.425.000			1.425.000
Transferts aux collectivités territoriales		100.000	105.000		100.000	100.000
Transferts aux autres collectivités		152.698.082	197.973.285		152.698.082	186.687.892
Totaux		210.437.637	271.073.383		210.437.637	259.621.030

Évaluation des dépenses fiscales¹

Dépenses fiscales dont l'objet principal contribue au programme

(en millions d'euros)

Numéro et intitulé de la mesure	Résultat estimé pour 2004	Évaluation pour 2005	Évaluation pour 2006
120117 Exonération des indemnités et prestations servies aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles	480	500	520
120204 Exonération des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies "longues et coûteuses"	200	200	200
230102 Déduction des dépenses d'aménagement en cas de reconversion des débits de boissons	nc	nc	nc
230506 Exonération des plus-values réalisées à l'occasion de la reconversion des débits de boissons	1	1	1
520106 Exonération des indemnités versées ou dues aux transfusés, aux hémophiles, ainsi qu'aux personnes contaminées dans l'exercice de leur activité professionnelle par le virus d'immunodéficience humaine et aux personnes atteintes par la maladie de Creutzfeldt-Jakob ainsi qu'aux victimes de l'amiante	nc	nc	nc
530205 Réduction de taux pour les mutations à titre onéreux de débits de boissons de 3e ou 4e catégorie qui se transforment en 1re ou 2e catégorie (taux de 2 %)	ε	ε	ε
920101 Exonération de taxe sur les messages passés pour le compte d'oeuvres d'utilité publique à l'occasion de grandes campagnes nationales	nc	nc	nc

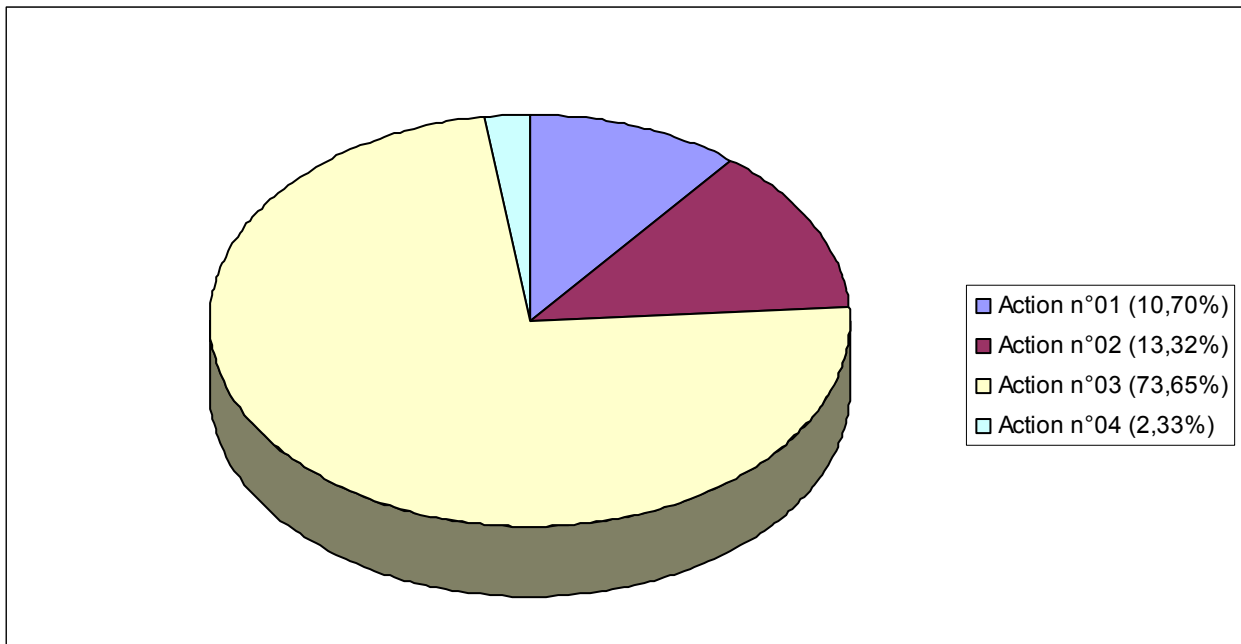
¹ Les dépenses fiscales sont décrites dans le tome II de l'annexe au projet de loi de finances intitulée « Évaluation des voies et moyens ». Les dépenses fiscales ont été associées à ce programme conformément aux finalités poursuivies par ce dernier et précisées dans le projet annuel de performances. Les montants indiqués sont des estimations. Lorsqu'aucun montant ne figure, la lettre « ε » signifie que le coût est estimé à moins de 0,5 million d'euros ; l'abréviation « nc » signifie « non chiffrable » et l'astérisque « * » signifie que l'évaluation de cette mesure fiscale n'est pas disponible lors de la mise sous presse de cette annexe, mais figure en revanche dans le tome II de l'annexe « Évaluation des voies et moyens ».

Projet annuel de performances : Présentation du programme, des actions, des objectifs et des indicateurs

Présentation par action des crédits demandés pour 2006

Numéro et intitulé de l'action		Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
01	Pilotage de la politique de santé publique	29.006.187	28.383.892
02	Déterminants de santé	36.105.500	34.739.826
03	Pathologies à forte morbidité/mortalité	199.650.118	190.374.874
04	Qualité de la vie et handicaps	6.311.578	6.122.438
Totaux		271.073.383	259.621.030

Répartition par action des autorisations d'engagement demandées pour 2006



Présentation du programme

• Finalités générales du programme

Le programme "Santé publique et prévention" (SPP) poursuit cinq finalités générales :

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

• Environnement dans lequel s'inscrit le programme

Le programme s'articule avec d'autres missions ou programmes de l'Etat qui traitent également de la mise en œuvre des politiques de santé (travail, écologie et développement durable, enseignement scolaire, drogue et toxicomanie, lutte contre l'exclusion...), les actions organismes d'assurance maladie et certaines missions des collectivités territoriales. Ce programme implique également comme partenaires les professionnels de santé et les associations représentatives des usagers.

• Acteurs et pilotage du programme

Le responsable du programme est le Directeur Général de la Santé mais les autres acteurs sont étroitement associés soit au sein de réunions bilatérales régulières avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et les autres directions du ministère, soit dans le cadre nouveau défini par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 via notamment le Comité national de santé publique qui devrait se mettre en place au cours du second semestre 2005, les programmes régionaux de santé notamment et les Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP) qui devraient être opérationnels au début de l'année 2006, soit encore au moyen de protocoles (Education).

• Modalités de gestion du programme

Le programme, se décompose en :

- un Budget Opérationnel de Programme de l'administration centrale - Direction Générale de la Santé (BOP "AC") comportant 9 unités opérationnelles, à savoir les 7 sous-directions, le Haut comité de la Santé Publique (HCSP) et le service juridique de la Direction de l'Administration Générale, du Personnel et du Budget (DAGPB) pour le domaine contentieux lié à la responsabilité de l'Etat ;
- des BOP régionaux, dans chacune des 22 régions métropolitaines, des 4 départements et des 2 collectivités territoriales d'Outre-mer.

• Opérateurs

L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) et l'Institut National du Cancer (INCA) sont subventionnés à partir du BOP d'administration centrale.

Au niveau déconcentré, les GRSP, créés par la loi relative à la politique de santé publique (LPSP), sont subventionnés à partir des BOP des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) .

• Politique réglementaire

La politique réglementaire est structurée par :

- la LPSP au travers de la définition de 100 objectifs de santé publique et des 5 plans stratégiques (cancer, santé environnement, violence, maladies rares et maladies chroniques)
- la loi relative à la bioéthique, la loi du 4 mars 2002 et la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie du 22 avril 2005.

• Structuration en actions

Les constats mentionnés, en particulier par le Haut comité de la santé publique, quant au paradoxe de la santé en France, - une mortalité et une morbidité relativement élevées, notamment avant 65 ans malgré un système de soins des plus performants - relèvent au premier chef d'une politique de prévention. Ils montrent que les faiblesses de la situation française tiennent pour une grande part au déséquilibre entre soins et prévention, cette dernière n'ayant pas fait l'objet d'investissements et de développements suffisants. Ces faiblesses impliquent un besoin de renforcer les fonctions et instruments de pilotage de la politique de santé publique, besoin pris notamment en compte par la LPSP.

La France partage également avec la plupart des pays industrialisés une situation démographique caractérisée par le vieillissement de la population, induisant la nécessité d'actions de prévention visant à retarder les conséquences des maladies chroniques et des maladies du grand âge (augmenter l'espérance de vie en bonne santé).

Pour répondre à cet enjeu de renforcement de la prévention, le programme est articulé en quatre actions correspondant aux besoins d'élaborer, de piloter et d'évaluer la politique de santé publique, d'agir sur les comportements individuels et collectifs, d'entreprendre des actions de prévention des maladies présentant une mortalité et une morbidité élevées, d'améliorer la qualité de vie des malades et de lutter contre les handicaps.

Cette politique s'inscrit dans une perspective de pluri-annualisation des actions de santé, de mobilisation et de responsabilisation de l'ensemble des acteurs sur les enjeux de santé publique et l'évolution indispensable des pratiques et des comportements.

Présentation des actions



Action n° 01 : Pilotage de la politique de santé publique

• Les finalités propres de l'action

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

- la conception des lois et règlements relevant de la santé publique (exemples : LPSP, loi bioéthique) et le suivi de leur mise en œuvre ;
- la détermination des objectifs de santé publique et le suivi des indicateurs associés (un travail important de définition de ces indicateurs vient de s'achever) ;
- la programmation en santé, le suivi des programmes et l'évaluation des politiques de santé ;
- au niveau régional, il s'agit en particulier de mettre en place et de suivre les plans régionaux de santé publique (PRSP) ;
- la " démocratie sanitaire " : conférence nationale de santé (CNS), conférence régionale de santé (CRS), associations de malades ;
- l'éthique ;
- les systèmes d'information et de connaissance en santé publique ;
- la recherche et la formation en santé publique ;
- la politique des produits de santé ;
- la réduction des inégalités d'accès à la prévention ;
- un certain nombre de fonctions support (distinctes des fonctions support assurées par la DAGPB).

• Les partenaires et les opérateurs

En ne citant que les principaux :

- les autres départements ministériels : éducation, travail...
- l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), en particulier pour ce qui porte sur la recherche en santé ;
- les organismes d'assurance maladie, qui sont un partenaire important notamment au niveau régional au sein du Groupement Régional de Santé publique (GRSP) ;

- l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), opérateur du programme " veille et sécurité sanitaires " ;

- l'Institut national du cancer (INCA), chargé de coordonner et d'animer les actions de lutte contre le cancer dans l'ensemble des domaines de la cancérologie : prévention, épidémiologie, soins, dépistage, recherche, enseignement, coopération européenne et internationale, évaluation ;

- l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) dans ses fonctions transversales notamment de promoteur de l'éducation à la santé ;

- les agences régionales d'hospitalisation (ARH) ;

- les collectivités territoriales ;

- les Comités Régionaux d'Education pour la Santé (CRES), les Comités départementaux d'Education pour la santé (CODES), les Observatoires régionaux de la santé (ORS) ;

- les associations intervenant dans le champ de la prévention ou bien encore les syndicats professionnels.

• Présentation du contenu de l'action

1. Actions de partenariats et de soutien destinées à relayer la politique de santé publique

Cette sous-action consiste à mener des partenariats nécessaires pour relayer la politique de santé publique au travers d'actions de formation, de conception de programmes, d'études et de recherche en santé publique et d'actions renforçant la participation des usagers.

2. Structures associées au pilotage de la politique de santé publique

Pour être efficace, la politique de santé publique doit s'appuyer sur une concertation large (à travers la conférence nationale de santé et les conférences régionales de santé), sur une expertise forte (le Haut Conseil de Santé Publique) et sur la coordination entre tous les ministères qui concourent à sa mise en œuvre (Comité National de Santé Publique). Ces instances sont définies dans la loi relative à la politique de santé publique.

La mise en œuvre de la politique de santé publique sur le terrain (dans les régions) repose sur l'action des GRSP qu'il convient d'installer et sur des actions territoriales en partenariat notamment avec les collectivités locales.

3. Observation, programmation, suivi et évaluation des programmes

La mise en œuvre de la politique de santé publique nécessite une planification des actions et des programmes au niveau national et au niveau régional (Plans régionaux de santé publique). Elle nécessite le développement de capacités d'observation et de suivi de l'état de santé de la population (au niveau national et régional, voire territorial) d'une part et des efforts d'évaluation des programmes de santé publique d'autre part.

Au niveau régional, les actions sont souvent conduites en prenant appui sur les ORS.

On peut citer parmi les développements en cours la mise en place d'un nouveau système de télétransmission des certificats de décès destinés à accélérer la publication de la statistique nationale des causes de décès et à améliorer la qualité des données, et la mise en place d'un système permettant de suivre les indicateurs associés au 100 objectifs de santé publique approuvés par le parlement lors du vote de la LPSP.

4. Politique des produits de santé

Il s'agit de concevoir les orientations de santé publique dans le domaine des produits de santé, de manière à favoriser l'accès des patients aux produits de santé, à développer l'évaluation de l'impact en santé publique de ces produits, à développer l'information des professionnels de santé et à encadrer les conditions dans lesquelles ces produits sont mis à disposition des patients.

5. Autres actions dont santé précarité

Cette sous-action regroupe les autres actions transverses aux déterminants et aux pathologies, qui comprennent les actions relatives aux inégalités sociales de santé dont celles des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).



Action n° 02 : Déterminants de santé

• Les finalités propres de l'action.

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

• Présentation des partenaires et opérateurs.

Les actions de prévention et d'éducation pour la santé reposent sur :

- l'INPES ;
- la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et les départements ministériels : Intérieur, Défense, Justice, Douanes, Transports ;
- des partenaires institutionnels : Caisse nationale d'assurance maladie, Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) ;
- les professionnels de santé dont les Ordres ;
- des associations de prévention et de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie ou de réduction des risques.

• La politique réglementaire et fiscale

Le cadre législatif de cette action est fixé par le rapport annexé à la LPSP qui définit des objectifs propres à chaque déterminant de santé. Certains des déterminants de santé, comme le tabac, font l'objet d'un fort encadrement au niveau international en lien avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et au niveau européen. Cette action s'inscrit dans un cadre juridique structuré (loi Evin de 1991 pour l'alcool et le tabac, loi de 1970 pour la toxicomanie) et est impactée par la politique fiscale s'agissant du tabac et, dans une moindre mesure pour l'alcool, pour les alcolops et autres premix² par exemple.

• Présentation du contenu de l'action

Les déterminants de santé sont au nombre de six.

1. Alcool

Il s'agit de lutter contre l'alcoolisme et contre les consommations à risques, par une politique active de

² boissons pré-mélangées à base d'alcool additionné de soda, de jus de fruits, d'arôme ou de colorants. Conditionnées de façon attrayante, ces boissons sont souvent à forte teneur en sucre ou édulcorant, destinée à masquer l'amertume de l'alcool.

prévention et de prise en charge visant à diminuer la consommation d'alcool moyenne par habitant.

2. Tabac

Il s'agit de lutter contre la consommation de tabac, par une politique de prévention active et de prise en charge ainsi que par une dénormalisation de l'usage.

3. Traumatismes par accidents et violences (dont violence routière)

Il s'agit de prévenir les accidents de la vie courante en particulier chez l'enfant, les chutes des personnes âgées, les traumatismes intentionnels, les accidents de transport.

Cette action s'inscrit dans le cadre des cinq plans stratégiques prévus par la LPSP, parmi lesquels figure un plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives³.

Ce plan, qui doit être élaboré en 2005, aborde les relations entre la santé et diverses formes de violences et concerne des populations diverses (enfants et adolescents, personnes âgées, handicapées, dépendantes...), dans des cadres divers (famille, milieu professionnel, institutions médico-sociales, prisons, établissements scolaires...).

4. Autres pratiques à risques

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

5. Nutrition et activité physique

Il s'agit, au travers de l'action sur ce déterminant, de lutter contre le manque d'activité physique et de limiter les conséquences sur la santé de l'obésité. Un plan national nutrition santé (PNNS) a été mis en place en 2001 sur ce thème. Le deuxième plan national de nutrition et de santé devrait être mis en œuvre en 2006, sur la base d'une évaluation réalisée en 2005.

6. Environnement dont travail

Il s'agit, dans le cadre du Plan national santé-environnement (PNSE), de mieux connaître l'impact des milieux (environnement et travail), notamment par un repérage des situations à risque et un dépistage actif des personnes exposées, et de mettre en œuvre des mesures permettant

de réduire l'exposition des personnes à ces risques. La mise en place de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET, voir programme Veille et sécurité sanitaire) et le renforcement de l'InVS en santé au travail devrait permettre des avancées importantes dans le domaine.

Certains risques environnementaux sont bien connus et les plans d'actions qui peuvent permettre de prévenir leurs effets sur la santé ont été bien identifiés. Ces actions ont été considérées comme prioritaires dans le cadre du PNSE, car elles visent à prévenir une mortalité évitable ou des effets chroniques sur la santé, notamment des enfants. Il s'agit de l'action 2 du PNSE, réduire de 20% la mortalité par l'intoxication au monoxyde de carbone à l'horizon 2008, et de l'action 25, améliorer la prévention du saturnisme infantile, le dépistage et la prise en charge des enfants intoxiqués.

Des actions programmées sont engagées dans le cadre de la mise en place d'un nouveau dispositif de surveillance des intoxications au monoxyde de carbone et du dispositif national de lutte contre le saturnisme.

³ Nous ne disposons pas en France de sources d'information permettant de quantifier globalement les impacts en termes de santé publique du phénomène violence tel qu'il est défini par l'OMS. Il existe cependant des données concernant les violences envers des catégories particulières de population (femmes, enfants, personnes âgées, etc.). Celles-ci proviennent de sources aussi diverses que les signalements, enquêtes, remontées de téléphonie sociale, etc.



Action n° 03 : Pathologies à forte morbidité/mortalité

• Les finalités propres de l'action

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

• L'évolution du périmètre de l'action

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales stipule qu'un certain nombre d'actions de prévention sanitaire jusque-là exercées par les départements seront recentralisées à l'Etat à partir du 1^{er} janvier 2006.

Ces activités recouvrent d'une part les dépistages des cancers, d'autre part les activités de vaccinations, la lutte contre la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles. Il a été laissé aux départements la possibilité de poursuivre ces activités en passant convention avec l'Etat (signature des conventions avant le 31 juillet 2005).

A titre conservatoire et dans l'attente d'une connaissance exhaustive du choix des départements et des montants financiers en jeu, 89 millions d'euros sont inscrits à ce titre sur ce programme. Cette somme correspond à 50% du droit à compensation (activités de santé) établi en 1983 lors de la décentralisation de ces mêmes compétences et actualisé en valeur 2005.

Ce montant couvre pour partie des crédits de rémunération des personnels pour le pilotage de ces politiques et des crédits de fonctionnement courant qui auront vocation à rejoindre le programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales », lorsque les besoins en personnels seront précisément déterminés.

Le transfert à l'Assurance maladie du financement des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), qui ont été institués par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, modifie également le périmètre de l'action pour l'exercice budgétaire 2006.

• Les partenaires et opérateurs.

Concernant le cancer et le VIH/Sida, les principaux acteurs sont :

- l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) ;
- l'Institut National du Cancer (INCa) ;
- l'agence nationale de recherche contre le sida (ANRS) et le conseil national du sida (CNS) ;
- les associations, notamment celles disposant de structure nationale.

• Présentation du contenu de l'action

Les crédits consacrés par l'Etat aux pathologies sont concentrés sur la lutte contre le cancer et le SIDA. Cette concentration s'explique à la fois par l'importance et la nature de ces pathologies, par les modalités d'action retenues et par le stade d'avancement des programmes.

1. Le VIH / Sida

En l'absence de vaccin et de traitements éradiquant l'infection, la politique de lutte contre le VIH / Sida vise à réduire la transmission de l'infection en France et à optimiser la prise en charge des personnes atteintes (environ 100.000 personnes séropositives). Elle s'appuie sur un dispositif préventif articulant une large accessibilité aux moyens de dépistage et aux préservatifs et une action continue d'information, de communication et d'éducation à la santé en direction de la population générale qui intègre désormais la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Des actions spécifiques sont menées en direction de six régions de métropole et les départements français d'Amérique (DFA) et auprès de groupes prioritaires (homosexuels masculins, migrants, population des DFA, personnes séropositives). Le dépistage garde une place majeure pour améliorer le résultat des traitements grâce à un diagnostic et un suivi précoces et dans sa contribution à la gestion de la prévention par les individus. Ces orientations stratégiques sont définies dans un programme national de lutte contre le VIH / Sida et les IST pour la période 2005-2008.

2. Les hépatites

400.000 à 500.000 personnes sont infectées par l'hépatite C chroniquement et l'épidémie n'est pas maîtrisée chez les usagers de drogues injecteurs (2.700 à 4.400 nouvelles contaminations par an). 100.000 à 150.000 personnes sont infectées par l'hépatite B chroniquement et 6.000 nouveaux nés par an naissent de mère infectée. Les complications (cirrhose, cancer) ou la mortalité (4.500 décès liés à l'hépatite C attendus en 2022 contre 3.300 en 2002) peuvent être prévenues par une prise en charge précoce. Dans le cadre du programme national " hépatites virales C et B " (2002-2005), après le plan national de lutte contre l'hépatite C (1999-2002), la mise en œuvre des actions de prévention et de dépistage, la prise en charge, la surveillance épidémiologique, la recherche et l'évaluation sont suivies par un comité stratégique. Le nouveau programme national " hépatites C et B " (2006 - 2009) s'appuiera sur le rapport remis courant 2005 par le Comité stratégique du programme hépatites virales.

3. Les autres maladies infectieuses

Cette sous action vise notamment à subventionner :

- le fonctionnement de la cellule nationale de référence des maladies de Creutzfeldt-Jacob (hôpital de la Salpêtrière) ;
- le plan de lutte contre la résistance aux antibiotiques.

4. Le cancer

Les cancers sont la deuxième cause de mortalité en France et la première cause de mortalité prématurée, un grand nombre d'entre eux étant évitables (poumons, voies respiratoires supérieures). Le pronostic de certains cancers est très nettement amélioré par un dépistage et une prise en charge précoces. Enfin, la qualité de vie et de prise en charge des personnes atteintes de cancer doit être améliorée. Tel est l'objet des 70 mesures du plan de mobilisation nationale contre le cancer annoncé par le Président de la République en mars 2003, notamment la mise en place en 2006 d'une expérimentation qui serait réalisée dans trois départements pilotes métropolitains afin d'assurer le maintien à domicile des personnes atteintes de cancer. Le budget alloué à la lutte contre le cancer est ainsi passé dans le champ de ce programme de 5 millions d'€ en 2002 à 41,1 millions d'€ en 2003, 49,7 millions d'€ en 2004, 74,5 millions d'€ en 2005 et 96,5 millions d'€ en 2006. Ces sommes nouvelles sont notamment destinées à permettre la généralisation sur l'ensemble du territoire du dépistage du cancer du sein et la mise en place de l'Institut National du Cancer. De plus, le dépistage organisé du cancer colo-rectal sera généralisé à tout le territoire pour devenir effectif et opérationnel fin 2006. L'effort global de l'Etat contre le cancer est plus important car des crédits sont affectés à des dépenses qui ne ressortent pas de ce programme (Institut de Veille Sanitaire (InVS), crédits de fonctionnement, crédits d'étude...).

5. Les maladies cardiovasculaires

Cette sous-action vise à réduire la première cause de mortalité en France (180.000 décès par an dont 25 % concernant des personnes de moins de 75 ans) par des actions de prévention, de suivi épidémiologique, d'éducation thérapeutique, d'organisation des soins notamment en matière d'accidents vasculaires cérébraux, d'infarctus et de mort subite.

6. Les maladies rares

Le plan national 2005-2008 relatif aux maladies rares, annoncé le 20 novembre 2005, vise à assurer l'équité et la qualité de la prise en charge des malades. Il a notamment pour objectifs de diminuer l'errance diagnostique, d'améliorer l'information et la formation des professionnels de santé et le soutien aux associations de malades. On dénombre actuellement plus de 7 000 maladies rares identifiées qui concernent près de 3 millions de personnes avec des conséquences plus ou moins invalidantes.

7. Les autres pathologies non infectieuses

La sous-action vise notamment à soutenir le dépistage :

- de certaines déficiences sensorielles dont les troubles visuels ;
- de certaines pathologies lourdes ne relevant pas d'autres actions dont les maladies neuro-dégénératives en particulier.

8. Santé mentale dont suicide

Une personne sur quatre développe au cours de sa vie un trouble en santé mentale. Chaque année, en France, 160.000 personnes font une tentative de suicide et 11.000 en meurent. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la route et la première cause de mortalité chez les 25-34 ans. Il s'agit de promouvoir la santé mentale, de repérer précocement les troubles mentaux, notamment chez les enfants et les adolescents, d'améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes de ces troubles et enfin de favoriser la qualité des pratiques et la recherche en psychiatrie. Ces orientations figurent dans les cinq axes de travail du plan psychiatrie et santé mentale présenté en Conseil des ministres et rendu public en avril 2005.

9. Santé bucco-dentaire

Cette sous-action repose sur l'amélioration de la connaissance de l'état de santé bucco-dentaire, la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation spécifiques destinées à prévenir l'apparition des caries en particulier chez les jeunes et à faciliter l'accès au dépistage et aux soins en particulier en direction des autres groupes à risque spécifique.



Action n° 04 : Qualité de la vie et handicaps

• Les finalités propres de l'action

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

• La politique réglementaire et fiscale

La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées de février 2005 a pour objet de garantir aux personnes handicapées une réelle égalité d'accès notamment aux soins. Ses dispositions d'application devraient permettre en particulier de mieux coordonner les actions menées pour améliorer la qualité de vie des personnes handicapées, pour prévenir ou réduire les effets des handicaps.

• Présentation du contenu de l'action

L'action se rapporte aux pathologies de l'enfance et à la périnatalité, aux pathologies de l'âge adulte et aux pathologies spécifiques du vieillissement.

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

Deux grands types d'action sont développés d'une part pour agir sur la santé des mères et des enfants, d'autre part pour réduire le nombre des grossesses non désirées par une amélioration de l'accès à la contraception.

La stratégie d'action doit viser à :

- améliorer la connaissance de l'état de santé de la femme enceinte et de l'enfant ;
- prévenir les conduites et les expositions nocives chez les femmes enceintes ;
- développer des actions d'information sur la contraception, envers la population générale et, surtout, en direction de certaines populations en déficit d'information (adolescents, personnes en situation de vulnérabilité) ;
- contribuer à la diffusion du référentiel de bonnes pratiques en matière de prescription des méthodes contraceptives réalisé par la Haute autorité en santé (antérieurement ANAES) à la demande de la DGS ;
- sensibiliser et former les professionnels afin d'améliorer l'accès des femmes aux interruptions volontaires de grossesse (IVG), la qualité des pratiques, et les données épidémiologiques.

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

L'objectif est de poursuivre la mise en place de tests de dépistage des troubles du langage oral ou écrit de l'enfant le plus précocement possible. Ce plan est réalisé en lien avec l'Education nationale.

En 2006, seront développés des tests pour dépister des troubles visuels et auditifs. L'année 2006 verra également le déploiement du nouveau carnet de santé de l'enfant.

3. Le diabète et les maladies endocriniennes

Le diabète touche environ 3 millions de personnes et 800.000 cas seraient méconnus. Il s'agit donc de poursuivre et d'améliorer le dépistage, l'éducation à la santé et de

généraliser l'éducation thérapeutique afin de diminuer les risques de complications en améliorant la prise en charge podologique et des troubles de la vision des malades.

4. Les maladies rénales et maladies du sang (hors cancer)

L'insuffisance rénale chronique (IRC) touche 2,5 millions de personnes dont 45.000 sont dialysées. L'objectif est d'apporter une information de qualité (éducation thérapeutique et à la santé) à la population en général et en particulier aux malades diabétiques et ayant une atteinte cardiovasculaire afin de diminuer le risque d'IRC chez ces malades.

5. Les affections musculo-squelettiques

Il s'agit de permettre la mise en place de formations de patients et de professionnels de santé afin que la prise en charge des patients soit de meilleure qualité face à des maladies extrêmement invalidantes et pouvant évoluer sur plusieurs décennies.

6. Les autres maladies chroniques dont les maladies aéro-respiratoires

Dans le cadre de la LPSP, un plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (30 millions de personnes) sera mis en œuvre en 2006. Il visera à renforcer l'éducation à la santé, l'éducation thérapeutique et la formation des professionnels de santé.

7. La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées

L'objectif est de mettre en œuvre le plan Alzheimer 2004-2007 pour améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches (on compte près de 800.000 malades actuellement et 1.2 millions sont attendus dans les dix ans à venir) par un accompagnement personnalisé des malades et des aidants.

8. Les maladies liées au vieillissement

Il s'agit de soutenir des actions de prévention de pathologies qui se développent en population vieillissante et en population âgée, notamment l'ostéoporose, les troubles ostéo-articulaires et les troubles de la vision et de l'audition.

9. Les douleurs et les soins palliatifs

Cette sous-action regroupe deux priorités de l'amélioration de la qualité de vie des malades porteurs de maladies chroniques à tous les âges de la vie. Il s'agit de mieux informer le corps social et l'ensemble des professionnels de santé des pratiques médicales et de l'accompagnement.

• Objectif lié

Un objectif relatif à la qualité de vie reste à construire.

Objectifs et indicateurs

Introduction - Présentation stratégique :

Les objectifs associés au programme sont essentiellement de deux ordres. D'une part, les lois relatives à la politique de santé publique et à la bioéthique doivent permettre de refonder la politique de santé publique et d'en assurer un meilleur pilotage et une plus grande efficacité. Les premiers objectifs présentés ont vocation à refléter cette modernisation. Les autres objectifs illustrent les principaux axes d'effort pour améliorer la santé de la population en agissant sur les comportements vis-à-vis du tabac et de l'alcool et en prévenant un certain nombre de pathologies au premier rang desquelles on trouve le cancer et le SIDA.

Objectif n° 1 (du point de vue du citoyen) : Rédiger et publier dans les meilleurs délais les textes d'application des lois et de transposition de directives européennes.

Cet objectif porte sur la capacité de l'administration à préparer et diffuser les textes d'application des lois votées. Il apparaît illustratif du travail législatif et réglementaire assuré par ce programme en regard de la finalité 1 (fonction de pilotage de la politique de santé publique). L'objectif doit pouvoir être atteint grâce au suivi opéré au sein de la DGS sur la production réglementaire (contrôle de gestion) et l'amélioration du fonctionnement en mode projet.

Indicateur n° 1 : Nombre et pourcentage de textes d'application publiés rapporté au nombre total de textes à publier.

	2003	2004	2004	2005	2006	2006
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	cible
Nombre de textes publiés.	Non disponible	Non disponible	19	30	50	50
% de textes publiés.	Non disponible	Non disponible	10	16	30	30

Précisions méthodologiques :

En 2004, deux lois majeures ont augmenté la quantité de textes à produire de 90 unités. Chaque année de nouveaux textes, de complexités inégales, sont à rédiger rendant illusoire de fixer une cible à une échéance supérieure à l'année à venir.

L'indicateur reflète la capacité d'adaptation de l'administration dans son travail normatif, travail majeur et en forte évolution.

Source des données : Direction Générale de la Santé.

Objectif n° 2 (du point de vue du citoyen) : Accroître l'implication des citoyens dans la définition, la mise en oeuvre et le suivi de la politique de santé publique.

Cet objectif porte sur l'implication des usagers et le partenariat avec les associations où la loi prévoit leur participation. Il conditionne la représentativité des usagers dans les structures de pilotage de la politique de santé publique, leur adhésion aux objectifs de la politique de santé publique et les actions engagées. Deux indicateurs sont proposés, le premier, qui est en construction, s'attache à mesurer la participation effective des représentants des associations d'usagers dans les instances nouvelles de la politique de santé publique (CNS, CRS, agences de l'Etat, CNAM, ONIAM, CRCI et instances hospitalières, etc.) ; le second s'attache à mesurer l'effort d'évaluation des actions des associations subventionnées, en se limitant aux associations qui reçoivent les financements les plus importants.

Indicateur n° 1 : Taux de participation des associations aux instances où elles doivent participer.

	2003	2004	2004	2005	2006	2007
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	Cible
%	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	60	80

Précisions méthodologiques :

La participation effective d'une association agréée est mesurée par la présence effective aux séances plénières et de travail dans les instances. Les instances concernées sont les principales instances dans lesquelles les représentants des usagers sont prévus par la Loi (CNS, CRS, agences de l'Etat, CNAM, ONIAM, CRCI et instances hospitalières, etc.).

Source des données : Direction générale de la santé

Cet indicateur est actuellement à l'étude. Il n'est pas encore disponible à la date de la rédaction de ce document.

Indicateur n° 2 : Proportion des associations subventionnées dont les activités ont fait l'objet d'une évaluation.

	2003	2004	2004	2005	2006	2007
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	Cible
%	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	50	70

Précisions méthodologiques : Un seuil de subvention est ainsi fixé pour l'année 2006 à 300 000 € au delà duquel les associations concernées doivent voir leurs activités évaluées. Ce montant pourra être affiné pour le PAP 2007. L'évaluation consiste à récupérer les indicateurs de résultats prévus dans le cadre de la procédure d'engagement conduite par la DGS.

Source des données : Direction Générale de la Santé

Cet indicateur sera construit pour les associations les plus importantes par le montant des subventions qui leur seront versées.

Objectif n° 3 (du point de vue du citoyen) : Améliorer la connaissance de l'état de santé de la population en réduisant les délais de traitement par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) des certificats de décès.

Pour se doter d'une capacité de suivi du nombre de décès de la population à brefs délais, la Direction générale de la Santé et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM-CépiDc) cherchent à réduire les délais de transmission des certificats de décès afin, d'une part, de permettre une exploitation plus rapide par l'INSERM des informations relatives aux causes de décès et, d'autre part, d'utiliser ces informations à des fins de veille et d'alerte sanitaire.

L'indicateur proposé vise à suivre le délai moyen de traitement et d'analyse des certificats de décès.

Indicateur n° 1 : Délai moyen de traitement des certificats de décès

	2003	2004	2004	2005	2006	2008
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	cible
Délai moyen de transmission des certificats de décès	Non disponible	Non disponible	90	90	75	30
Délai moyen de traitement et d'analyse des certificats de décès	Non disponible	Non disponible	3 ans	3 ans	2,5 ans	11 mois

La stratégie d'action retenue consiste à :

- dans un premier temps, expérimenter dès la fin de l'année 2005, la transmission électronique vers l'INSERM et l'InVS des certificats de décès dans quelques établissements de soins et maisons de retraite ;
- étendre, dans un deuxième temps, cette transmission électronique à la plupart des établissements de santé.

Précisions méthodologiques :

L'indication obtenue permettra de suivre et d'analyser rapidement la mortalité de la population. Le premier sous-indicateur concerne les délais de transmission des certificats de décès à l'INSERM. Lorsque cette transmission sera électronique et quasi-instantanée, cela permettra également à l'InVS de suivre, avec des délais très réduits par rapports aux décès, le nombre de décès. Le deuxième sous-indicateur concerne le temps complet d'analyse des certificats de décès qui permet une connaissance précise des causes de mortalité.

Source des données : INSERM, Direction Générale de la Santé

Objectif n° 4 (du point de vue du citoyen) : Réduire la prévalence des pratiques addictives.

Les indicateurs retenus concernent l'alcool, le tabac et la consommation de cannabis chez les jeunes.

Indicateur n° 1 : Consommation annuelle d'alcool par habitant de plus de 15 ans.

	2003	2004	2004	2005	2006	2008
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	Cible
Litres	Non disponible	9,7	Non disponible	9,4	9,2	8,5

Précisions méthodologiques :

La consommation annuelle d'alcool par habitant de plus de 15 ans est exprimée en litres. Cet indicateur ne reflète pas uniquement l'efficacité des actions conduites dans le cadre du programme dans la mesure où il est sensible à l'action d'autres programmes (comme la sécurité routière et la taxation des alcools).

Le suivi de cet indicateur pose difficulté dans la mesure où les données sont publiées par des autorités étrangères selon une périodicité non définie. L'OFDT travaille à la construction d'un indicateur qui serait plus facilement disponible.

Source des données : World Drink Trend, WARC Ltd, 2004.

Indicateur n° 2 : Pourcentage de la prévalence du tabagisme quotidien dans la population (par sexe ; pour les jeunes)

	2003	2004	2004	2005	2006	2008
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	cible
Population générale	% Non disponible	27	29,6	28	27	24,3
Femmes	% Non disponible	23,5	26,6	24	23	20
Jeunes 15/25 ans	% Non disponible	31	39	34	32	25,5

Précisions méthodologiques :

La cible 2008 ainsi que les prévisions intermédiaires ont été calculées sur la base d'une enquête spécifique INPES/IPSOS réalisées en décembre 2003 (résultats parus en février 2004). L'écart entre 1999 et 2003 était tel que la relativement faible taille de l'échantillon (3 000 personnes) ne remettait pas en cause la signification de ces résultats. En revanche, pour comparer avec 2004, année avec laquelle les écarts sont nettement moindres, la taille de l'échantillon de l'enquête 2003 ne permet pas d'obtenir la puissance statistique suffisante pour conclure que ces résultats sont significatifs. Par conséquent, il est hasardeux de conclure sur la réalisation de l'objectif 2004 sur cette base. En revanche, nous disposons d'une comparaison avec 1999 pertinente.

La disponibilité des données est soumise à la périodicité du baromètre santé INPES (tous les 4 ans, à ce jour).

Source des données : INPES

La difficulté résulte du fait que cet indicateur est également dépendant d'actions extérieures au programme telle la taxation des cigarettes. Cet objectif ainsi que la méthodologie de construction de l'indicateur correspondant seront affinés dans les versions ultérieures du présent document.

Deux sous-indicateurs concernent plus particulièrement la population féminine et celle des jeunes de 15 à 25 ans.

Indicateur n° 3 : Prévalence de la consommation régulière de cannabis chez les jeunes scolarisés de 17 ans

	2003	2004	2004	2005	2006	2008
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	Cible
%	10,6	Non disponible	Non disponible	9,9	9,6	7,95

Précisions méthodologiques :

Seul l'usage régulier a un sens en termes de santé publique. Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 prévoit une réduction de 25% de l'usage régulier du cannabis chez les adolescents.

L'indicateur prend en compte la prévalence de la consommation régulière, c'est à dire au minimum dix consommations de cannabis dans les trente derniers jours précédant l'enquête.

L'enquête ESCAPAD est réalisée tous les deux ans. En 2003, l'indicateur était à 10,6%. L'enquête suivante est en cours et porte sur 2005 ; ses résultats seront disponibles en fin d'année et publiés début 2006.

Sources des données : ESCAPAD, OFDT (contrôle sur le recueil par la Direction du service national – jeunes à la Journée d'appel de préparation à la Défense (JAPD)).

Cet indicateur dépend notamment des actions menées dans le cadre de la politique de santé publique mais également de celles menées dans le cadre de la sécurité routière et de la politique pénale.

Objectif n° 5 (du point de vue du citoyen) : Réduire l'exposition des populations à certains risques environnementaux.

Cet objectif concerne l'action n°2 sous-action 6.

En ce qui concerne le saturnisme, un indicateur a été retenu pour suivre l'évolution de l'activité de dépistage du saturnisme chez les enfants mineurs et son rendement, suite à la mise en œuvre récente de l'exonération du ticket modérateur pour les plombémies de dépistage et de suivi et aux actions de sensibilisation des professionnels de santé.

Les cas d'intoxications au monoxyde de carbone ne sont pas suffisamment identifiés ni investigués ; il a donc été décidé de mettre en place un système de surveillance des cas avérés d'intoxications par le monoxyde de carbone sur l'ensemble du territoire national. Ce dispositif mis en place en 2005 se substitue à un précédent dispositif moins performant. L'indicateur retenu vise dans un premier temps à apprécier la montée en puissance du nouveau système de surveillance qui repose sur une meilleure coordination des intervenants susceptibles de signaler les intoxications et une plus grande rigueur dans les enquêtes destinées à identifier les causes des intoxications et à permettre ainsi une meilleure prévention. Dans un second temps, il permettra de suivre les résultats de cette prévention améliorée.

Indicateur n° 1 : Rendement du dépistage du saturnisme chez les enfants mineurs.

	2003	2004	2004	2005	2006	2008
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	Cible
%	Non disponible	Non disponible	Non disponible	7,5	9	en construction

Précisions méthodologiques :

Ce rendement correspond au ratio du nombre de nouveaux cas de saturnisme chez des enfants mineurs (plombémies $\geq 100 \mu\text{g/L}$) par le nombre de plombémies de primo-dépistage chez les enfants mineurs.

Le ratio du nombre de nouveaux cas de saturnisme sur le nombre de primo dépistages permet de caractériser la qualité du ciblage des enfants à risque. Parmi le nombre total des résultats de plombémies transmis chaque année aux centres anti-poisons (CAP), il importe de ne comptabiliser uniquement que ceux correspondant à un primo dépistage et de laisser de côté les résultats des plombémies de suivi qui ôteraient tous sens à la valeur atteinte par l'indicateur.

L'indicateur est en construction : les données de l'année n sont recueillies à l'année n+2. Les dernières données sont disponibles pour 2002. Le taux de rendement observé en 2002 est de 11 %. En se fondant sur le nombre de plombémies de primo-dépistage chez les enfants mineurs envisagé en 2005 (de l'ordre de 7500 nouveaux dépistages annuels) du fait des mesures prises la même année pour l'amélioration de la prise en charge du dépistage, l'évolution en 2005 devrait montrer une baisse du ratio (entre 5 et 10 %, soit 7,5 %). En 2006, on peut se donner comme objectif de mieux cibler les nouveaux cas de saturnisme, dans ce cas, le

rendement pourrait se rapprocher de celui de 2002. Des biais sont possibles toutefois notamment ceux inhérents à l'exhaustivité des résultats communiqués par les laboratoires.

Source des données : système national de surveillance du saturnisme piloté par l'InVS (les résultats de plombémies transmis par les laboratoires d'analyses aux centres anti-poisons sont collectés par l'InVS).

Indicateur n° 2 : Nombre de cas d'exposition au monoxyde de carbone.

	2003	2004	2004	2005	2006	2008
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	Cible
Affaire signalée	Non disponible	Non disponible	Non disponible	En construction	En construction	En construction

Précisions méthodologiques :

L'indicateur est obtenu par la sommation du nombre d'affaires (impliquant une personne ou plusieurs) signalées aux services déconcentrés. Il s'agit des seules intoxications aiguës avérées signalées. L'indicateur est en construction, les signalements sont exploités actuellement en année (n+2) : l'enquête 2003 est en cours d'exploitation. En 2002, 724 affaires ont été signalées ; en 2003, 1019 déclarations ont été recensées (résultats provisoires pouvant inclure des intoxications volontaires ou par incendie –hors champ-). Le nouveau dispositif de collecte et de traitement automatisé devrait aboutir à une exploitation en (n+1) des données. Le nouveau système de surveillance des intoxications oxycarbonées mis en œuvre par la direction générale de la santé et piloté par l'Institut de veille sanitaire est en cours de déploiement en 2005 après une année expérimentale dans deux régions, Aquitaine et Pays de la Loire. Il doit permettre, à partir de janvier 2005, de recenser annuellement à des fins de prévention et d'épidémiologie les cas d'intoxications avérés ou soupçonnés. Précédemment, les données d'intoxications étaient recueillies de façon différente et il existe un doute sur le caractère significatif de l'évolution de l'indicateur les premières années. En outre, l'année 2005 est une année de montée en puissance du nouveau dispositif, dont les résultats pourraient ne pas être représentatifs de la situation.

Dans ces conditions, le caractère plus exhaustif du recueil des données devrait conduire dans un premier temps à un accroissement des affaires signalées. La politique conduite en lien avec les autres départements ministériels en termes de renforcement de la prévention, des règles de sécurité applicables à l'habitat et aux locaux recevant du public, d'extension du système de surveillance des cas avérés aux situations à risque, etc. pourrait conduire ensuite à une baisse du nombre d'affaires, la part comportementale dans la survenue des intoxications devant toutefois être soulignée. Un autre biais réside éventuellement dans la variation des conditions météorologiques d'une année sur l'autre.

Source des données : Comptage manuel des affaires par les services déconcentrés sur signalement et transmission d'une fiche synthétique d'enquête, de 1985 à 2004 inclus ; enquête médicale et environnementale par les services déconcentrés sur signalement, donnant lieu à collecte et traitement informatisé (circulaire interministérielle du 16 novembre 2004) depuis 2005. La synthèse des données collectées est assurée par la Direction générale de la santé de 1985 à 2004 inclus et par l'institut de veille sanitaire (InVS) depuis 2005. Les données 2005 sont attendues à la fin du premier semestre 2006.

Objectif n° 6 (du point de vue du citoyen) : Renforcer l'adoption de comportements de prévention du VIH/SIDA.

Les indicateurs n° 1 et n° 2 sont les seuls disponibles annuellement mais concernent uniquement les jeunes. Ceci constitue une vision partielle des actions et de leur impact. Ils seront complétés par les données relatives au comportement de la population générale et des populations spécifiques, qui font l'objet d'enquêtes lourdes effectuées une à deux fois par décennie.

Indicateur n° 1 : Pourcentage des jeunes de 15 à 26 ans ayant utilisé un préservatif lors de leur premier rapport.

	2003	2004	2004	2005	2006	2009
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	Cible
%	Non disponible	Non disponible	86,1	87	87,5	89

Précisions méthodologiques :

Les chiffres 2000 résultent du dernier baromètre santé. La valeur de l'indicateur en 2000 était de 86,1 %.

Source des données : InVS.

Indicateur n° 2 : Pourcentage des jeunes de 18 à 24 ans ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport.

	2003	2004	2004	2005	2006	2009
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	cible
Hommes	Non disponible	Non disponible	Non disponible	59	59,5	61
Femmes	Non disponible	Non disponible	Non disponible	48	49	52

Précisions méthodologiques :

Les chiffres 2000 résultent du dernier baromètre santé. La valeur de l'indicateur en 2000 était de 58 % pour les hommes et de 47 % pour les femmes.

Source des données : INPES (baromètre santé).

Indicateur n° 3 : Taux de reconnaissance des campagnes de prévention SIDA par les publics cibles.

	2003	2004	2004	2005	2006	2009
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	Cible
%	Voir ci-dessous	Non disponible	Voir ci-dessous	Non disponible	En construction	En construction

Précisions méthodologiques :

Données 2003 :

- % de la population générale ayant reconnu au moins un spot de la campagne télévisée de l'INPES : 74%
- % de migrants ayant vu le spot " migrants " : 21 % (67 % avaient vu au moins un spot)
- % d'homosexuels ayant vu le spot " homosexuels " : 21 % (42 % avaient vu au moins un spot)

Données 2004 :

	Tout public	Standard SIG	Homosexuels	Migrants
Proportion (%) d'individus se souvenant avoir vu, lu ou entendu une ou plusieurs campagnes sur le sida	52	38	33	54
Proportion (%) d'individus ayant reconnu au moins un spot de la campagne " risque de transmission " de l'été 2004	64	52	39	61
Proportion (%) d'individus ayant vu le spot :				
" tout public "	45	-	19	46
" homosexuels "	44	-	27	34
" migrants d'Afrique subsaharienne "	42	-	14	49

Le Baromètre santé est une enquête qui porte sur les connaissances, attitudes et comportement en matière de santé des personnes résidant en France. Sa répétition dans le temps permet de suivre les évolutions pour chaque thématique étudiée, au total, plus de douze sujets liés à la santé. Les chiffres 2000 résultent du dernier baromètre santé.

Pour le taux de reconnaissance des campagnes de prévention sida par public cible 2004, l'INPES peut toutefois donner des éléments de " performance " grâce aux indices de reconnaissance des campagnes SIDA (2003,2004,2005) recueillis dans le cadre des pré et post-test .

Cette évaluation des pré et post-test est également effectuée pour les campagnes TABAC (2003,2004,2005), ALCOOL (2003,2004,2005) et CANNABIS (2005).

Source des données : INPES (baromètre santé).

Objectif n° 7 (du point de vue du citoyen) : Améliorer le dépistage organisé du cancer du sein.

Les objectifs sont :

- Atteindre l'objectif de couverture prévu par la loi relative à la santé publique, soit 80 % de la population-cible des femmes de 50 à 74 ans ;
- Dépister les cancers à un stade plus précoce de la maladie.

Ces objectifs sont établis sur la base de l'objectif 50 figurant en annexe à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et ainsi formulé : " réduire le pourcentage des cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage du cancer du sein de 80% pour les femmes de 50 à 74 ans".

Cinq indicateurs ont été retenus pour permettre d'évaluer la progression vers ces objectifs :

- le taux de couverture du dépistage du cancer du sein dans la population cible ;
- le coût unitaire du dépistage organisé du cancer du sein ; les coûts unitaires pourraient être réduits par un taux de participation élevé et par le regroupement de structures de gestion implantées dans de petits départements ;
- le rapport entre le nombre de mammographies de dépistage organisé et le nombre de mammographies de dépistage individuel pour la classe d'âge concernée (50 à 74 ans) ; il s'agit d'un indicateur permettant de suivre la rationalisation de l'organisation du dépistage, dans l'objectif final de voir disparaître les pratiques de dépistage individuel pour la classe d'âge concernée ;
- un indicateur sur la ventilation en pourcentage des dépenses du plan cancer par nature, par rapport aux objectifs initiaux du plan. Cet indicateur ne pourra être mis en place que pour le PAP 2007.
- la fonction de coordination de l'INCA. La mise en place récente de l'INCA ne permettra de définir l'indicateur que pour le PAP 2007.

Indicateur n° 1 : Taux de participation au dépistage du cancer du sein dans la population cible.

	2003	2004	2004	2005	2006	2008
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	Cible
%	32,9	35	40	50	60	80

Précisions méthodologiques :

L'indicateur pour l'année n est disponible à la fin de l'année n+1.

Source des données : L'INSEE pour le dénominateur, les structures de gestion du dépistage organisé pour le numérateur, l'InVS pour la synthèse des données et la validation de l'indicateur.

Indicateur n° 2 : Coût unitaire du dépistage organisé du cancer du sein.

	2003	2004	2004	2005	2006	2007
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	Cible
€	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible		

Précisions méthodologiques :

Le dépistage organisé du cancer consiste en la réalisation d'un acte de dépistage dans le cadre d'un programme qui s'adresse à l'ensemble d'une population prédéterminée (population cible) et qui répond à certains principes : qualité, sécurité, innocuité, égalité d'accès au dépistage, évaluation... Le dépistage individuel ou spontané est réalisé chez un individu considéré comme à risque.

Pour cet indicateur, il s'agit du coût unitaire global d'un acte de mammographie réalisé dans le cadre du dépistage organisé (budget global alloué aux structures de gestion du dépistage organisé/ nombre de mammographies réalisées par ces structures). Cet indicateur est en cours d'élaboration : en effet, le budget global pris en compte est la somme des budgets des structures conformes à un budget-type actuellement en cours d'élaboration. Ce budget-type des structures de gestion sera mis en œuvre dès le début 2006. L'indicateur lui-même sera disponible courant 2006 (déploiement d'un outil de comptabilité analytique opérationnel en janvier 2006 au sein des structures de gestion) après exploitation des premiers budgets exécutés conformément au budget-type.

Source des données : les DRASS ; la DGS pour la synthèse des données et la validation de l'indicateur.

Indicateur n° 3 : Pour la classe d'âge 50-74 ans, ratio : nombre de mammographies de dépistage organisé par rapport au nombre de mammographies de dépistage individuel et de dépistage organisé.

	2003	2004	2004	2005	2006	2007
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	Cible
%	Non disponible	50	Non disponible	64	70	90

Précisions méthodologiques :

Il s'agit d'un indicateur permettant de suivre la rationalisation de l'organisation du dépistage, dans l'objectif final de voir disparaître les pratiques de dépistage individuel pour la classe d'âge concernée. Le rapport réalisé pour l'année n est disponible à la fin de l'année n+1. Le rapport réalisé en 2004 est en cours de validation par l'InVS.

Source des données : Observatoire de la sénologie, CNAMTS (nombre de mammographies réalisées) structures de gestion (nombre de mammographies réalisées en dépistage organisé), l'InVS pour la synthèse des données et la validation de l'indicateur.

Indicateur n° 4 : Indicateur sur la ventilation en % des dépenses du plan cancer par nature par rapport aux objectifs initiaux du plan.

	2003	2004	2004	2005	2006	2008
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	Cible
%						

Précisions méthodologiques :

Cet indicateur est en construction.

Source des données : en construction.

Indicateur n° 5 : Indicateur sur la fonction de coordination de l'InCA.

	2003	2004	2004	2005	2006	2008
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	Cible
%						

Précisions méthodologiques :

Cet indicateur est en cours d'élaboration en concertation avec l'INCA, lui-même mis en place en 2005. Il sera disponible pour le PAP 2007.

Source des données : A définir avec l'InCA.

Projet annuel de performances : Justification des crédits

Éléments transversaux au programme

N° et intitulé de l'action / sous-action	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Titre 2	Autres titres	Total	Titre 2	Autres titres	Total
01 Pilotage de la politique de santé publique		29.006.187	29.006.187		28.383.892	28.383.892
02 Déterminants de santé		36.105.500	36.105.500		34.739.826	34.739.826
03 Pathologies à forte morbidité/mortalité		199.650.118	199.650.118		190.374.874	190.374.874
04 Qualité de la vie et handicaps		6.311.578	6.311.578		6.122.438	6.122.438
Total		271.073.383	271.073.383		259.621.030	259.621.030

Coûts synthétiques transversaux

Les crédits du programme servent principalement à la mise en œuvre des plans de santé publique et notamment des cinq plans stratégiques définis dans le cadre du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique promulguée en août 2004. Une partie des crédits, concentrés au sein de l'action 1 servent néanmoins à des actions transversales ou de pilotage de la politique ou bien encore pour le financement des contentieux et d'indemnisations.

Une part importante des crédits (68,2 M €) sert au financement des deux opérateurs principaux du programme (InCA et INPES).

Le financement des plans de santé publique s'opère au travers des crédits d'Etat mais également via l'assurance maladie notamment au travers du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) mais également des budgets hospitaliers, en particulier lorsque la mise en œuvre des plans suppose des investissements dans les structures de soins ou bien encore le développement de services de soins à la personne. L'INCA et l'INPES bénéficient également de crédits en provenance d'autres financeurs (assurance maladie notamment). Enfin, seuls apparaissent sur le programme les crédits nécessaires à la mise en œuvre des compétences recentralisées pour les départements dans lesquels les conseils généraux ne participent plus à la mise en œuvre de ces compétences. Dans la cas contraire les départements continuent d'être financés via leur dotation globale de fonctionnement.

A titre conservatoire et dans l'attente d'une connaissance exhaustive du choix des départements et des montants financiers en jeu, 42 millions d'euros sont inscrits à ce titre sur ce programme. Cette somme correspond à 50% du droit à compensation (activités de santé) établi en 1983 lors de la décentralisation de ces mêmes compétences et actualisé en valeur 2005. Ce montant couvre pour partie des crédits de rémunération des personnels pour le pilotage de ces politiques et des crédits de fonctionnement courant qui auront vocation à rejoindre le programme " Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales " de la mission Solidarité et intégration, lorsque les besoins en personnels seront précisément déterminés.

Principales lois pour lesquelles le programme nécessite des financements :

- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ;
- Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales ;
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ;
- Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique ;
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;
- Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs ;
- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions ;
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Justification par action

Action n° 01 : Pilotage de la politique de santé publique

Crédits demandés pour 2006

	<i>Hors titre 2</i>	<i>Total</i>
<i>Autorisations d'engagement</i>	<i>29.006.187</i>	<i>29.006.187</i>
<i>Crédits de paiement</i>	<i>28.383.892</i>	<i>28.383.892</i>

Justification des éléments de la dépense par nature

DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT

DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT COURANT

Autorisations d'engagement	2 414 809
Crédits de paiement	2 299 818

Ces crédits servent au fonctionnement des dispositifs prévus par la loi relative à la politique de santé publique :

- le Haut conseil de santé publique ;
- le Comité national de santé publique ;
- la Conférence nationale de la santé ;
- les Conférences régionales de santé ;
- la préparation des plans régionaux de santé publique (PRSP) ;
- le fonctionnement des Groupements régionaux de santé publique ;
- le dispositif d'agrément des associations.

Sont également menées des actions portant sur l'observation et l'analyse des évolutions de l'état de santé de la population ainsi que la programmation des actions de santé publique, le suivi de ces actions et leur évaluation. En 2006, une base de données de suivi des PRSP devrait être créée ainsi qu'un tableau de bord de suivi des indicateurs de santé publiques associés aux 100 objectifs inscrits dans le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique.

Ces crédits servent également au développement d'études portant sur les conditions réelles d'utilisation des produits de santé après leur commercialisation.

SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC

Autorisations d'engagement	6 152 664
Crédits de paiement	6 152 664

Ces crédits correspondent à une part de la subvention à l'INPES, le reste de la subvention est ventilée sur les trois autres actions (voir détail dans la partie "opérateurs").

DÉPENSES D'INTERVENTION**TRANSFERTS AUX MENAGES**

Autorisations d'engagement	1 425 000
Crédits de paiement	1 425 000

Il s'agit de crédits d'indemnisation (1,425 M €).

TRANSFERTS AUX AUTRES COLLECTIVITES

Autorisations d'engagement	19 013 714
Crédits de paiement	18 506 410

Il s'agit de financer des structures associées au pilotage de la politique de santé publique (8,4M €).

Des actions de soutien et de partenariat seront menées pour relayer la politique de santé publique au travers d'actions de formation, de conception de programmes, d'études et de recherche en santé publique et d'actions renforçant la participation des usagers. Sont ainsi financés des organismes nationaux œuvrant dans le domaine de la santé publique : l'union internationale de promotion et d'éducation pour la santé ou la Société française de santé publique, ou bien encore des associations d'épidémiologistes (ADELF et EPITER).

Un financement est aussi accordé au Collectif inter-associatif sanitaire et social (CISS) pour que des actions soient menées aux niveaux national et régional, destinées à informer sur les droits des malades, participer à l'information des usagers sur le système de santé, participer au débat public, participer à la formation des représentants des usagers dans les instances de santé publique.

Au sein de ces financements, se trouvent également des subventions aux observatoires régionaux de santé, ainsi qu'à leur fédération nationale, aux comités régionaux d'éducation pour la santé et comités départementaux d'éducation pour la santé.

Sont également financées, à ce titre, des actions de recherche en santé publique, notamment en partenariat avec l'INSERM.

Il s'agit par ailleurs d'actions relatives aux inégalités sociales de santé dont celles prévues dans les 26 programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), volet obligatoire des plans régionaux de santé publique (10 M €). Ces actions s'inscrivent ainsi dans le cadre de la loi du 9 août 2004 qui dispose que l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé publique.

On trouve parmi ces actions des interventions sanitaires en direction de publics prioritaires : financement d'actions sur l'ensemble des déterminants de la santé et adaptation de ces actions de santé aux populations concernées.

Action n° 02 : Déterminants de santé

Crédits demandés pour 2006

	Hors titre 2	Total
Autorisations d'engagement	36.105.500	36.105.500
Crédits de paiement	34.739.826	34.739.826

Justification des éléments de la dépense par nature

DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT

DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT COURANT

Autorisations d'engagement	266 266
Crédits de paiement	253 787

Il s'agit de crédits de fonctionnement pour la réalisation d'action concernant les déterminants de santé (essentiellement crédits couvrant des dépenses de communication et du matériel de prévention dans le cadre de la lutte contre la sécurité routière au niveau local) (253 787 €).

SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC

Autorisations d'engagement	7 422 137
Crédits de paiement	7 422 137

Ces crédits correspondent à une part de la subvention à l'INPES, le reste de la subvention est ventilée sur les trois autres actions (voir détail dans la partie "opérateurs").

DÉPENSES D'INTERVENTION

TRANSFERTS AUX AUTRES COLLECTIVITÉS

Autorisations d'engagement	28 417 097
Crédits de paiement	27 063 902

27 M € servent au développement d'une politique active visant les principaux déterminants de santé :

. 4 773 927 € pour les déterminants Alcool et Tabac hors actions cancer

Il s'agit en particulier de mettre en œuvre la partie sanitaire du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 au travers en particulier d'actions d'éducatives pour la santé. L'action passe par le soutien de nombreuses associations nationales ou plus locales œuvrant dans le domaine de l'alcool ou du tabac.

. 3 502 008 € pour la mise en œuvre du plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence qui constitue l'un des cinq plans stratégiques prévus par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Ce plan élaboré en 2005, aborde les relations entre la santé et diverses formes de violences et concerne des populations diverses (enfants et adolescents, personnes âgées, handicapées, dépendantes...), dans des cadres divers (famille, milieu professionnel, institutions médico-sociales, prisons, établissements scolaires...). Les axes principaux de ce plan consistent à :

- . *Mieux connaître les relations entre la violence et la santé,*
- . *faire appliquer le droit,*
- . *prévenir et repérer la violence, prendre en charge ses conséquences,*
- . *informer et former, encourager les bonnes pratiques,*
- . *mettre en place des systèmes d'informations, suivre et évaluer.*

. 13 287 251 € pour la lutte contre les autres pratiques à risque

Il s'agit de soutenir le réseaux toxicomanie ville hôpital, les structures d'accueil pour toxicomanes en grande précarité (sleep in /off), les unités pour sortants de prison, les ateliers d'aide à l'insertion ainsi que des équipes mobiles de proximité. Il s'agit aussi de financer programmes d'échange de seringues et la mise à disposition de matériel d'injection stérile (trousse de prévention).

. 3 456 371 € pour le plan national nutrition santé et la mise en œuvre du programme d'actions contre les maladies cardio-vasculaires au niveau national mais aussi par des actions de proximité.

. 2 044 345 € pour les actions de prévention des risques sanitaires environnementaux dans le cadre du PNSE

Il s'agit en particulier de la mise en place des dispositifs de surveillance et de lutte contre les intoxications au monoxyde de carbone et le saturnisme et d'informations du public sur la prévention des risques sanitaires environnementaux (bruit, légionelles, ...).

Action n° 03 : Pathologies à forte morbidité/mortalité

Crédits demandés pour 2006

	<i>Hors titre 2</i>	<i>Total</i>
<i>Autorisations d'engagement</i>	<i>199.650.118</i>	<i>199.650.118</i>
<i>Crédits de paiement</i>	<i>190.374.874</i>	<i>190.374.874</i>

Justification des éléments de la dépense par nature

DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT

DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT COURANT

Autorisations d'engagement	640 286
Crédits de paiement	609 796

Il s'agit essentiellement de crédits correspondant à des dépenses de fonctionnement liées à l'action « cancer » en régions (609.796 €).

SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC

Autorisations d'engagement	52 250 288
Crédits de paiement	52 250 288

45 230 000 € correspondent à la subvention à l'INCa (voir détail dans la partie "opérateurs") et 7 020 288 € à une part de la subvention à l'INPES, le reste de la subvention de l'INPES est ventilée sur les trois autres actions (voir détail dans la partie "opérateurs").

DÉPENSES D'INTERVENTION**TRANSFERTS AUX AUTRES COLLECTIVITÉS**

Autorisations d'engagement	146 654 544
Crédits de paiement	137 414 790

95,8 M € servent au développement des plans et programmes de santé publique visant des pathologies particulières :

49,3 M € servent à la mise en œuvre du plan cancer dont :

- 25 000 000 € destinés aux structures de dépistage des cancers en partenariat avec l'assurance maladie (FNPEIS) et les conseils généraux ;
- 8 500 000 € pour le financement de l'expérimentation de la prise en charge du maintien à domicile des personnes atteintes du cancer ;
- 15 825 683 € réservés aux autres actions du Plan national de lutte contre le cancer, notamment la formation des professionnels au dépistage des cancers, l'information des professionnels et du public sur le dépistage et des subventions aux associations œuvrant dans le domaine du cancer (dont la Ligue nationale contre le cancer).

36,3 M € sont consacrés à la lutte contre le VIH/SIDA (une partie des crédits associés à la lutte contre les pratiques à risques concourent également à la lutte contre le SIDA)

Il s'agit en particulier du soutien aux associations nationales de lutte contre le VIH/sida, de programmes de prévention en direction des publics prioritaires et de la population générale, de la prise en charge extra-hospitalière (dispositif de maintien à domicile prévu par la circulaire DGS/DSS/96/10 du 8 janvier 1996, hébergement, réseaux ville hôpital), du soutien des personnes atteintes, de formation des professionnels du domaine et du développement d'outils structurels.

3,2 M € financent les actions concernant la lutte contre les hépatites

Il s'agit de mettre en œuvre le programme national "hépatites virales B et C" au travers d'actions de communication pour l'incitation au dépistage des personnes à risque, du soutien aux associations d'écoute et d'information des personnes atteintes d'une hépatite virale, de prévention des contaminations notamment dans les activités de soins, et d'appui aux actions des réseaux locaux de prise en charge des personnes malades. Il s'agit également de financer le programme de prévention de l'hépatite B en milieu pénitentiaire (information, proposition de tests sérologiques, proposition de vaccination, information sur les relais extérieurs).

5,8 M € servent au financement des actions destinés à la santé mentale et à la prévention du suicide

Sont en particulier conduites des actions de formation au repérage des troubles psychiques chez les enfants et les jeunes. Sont également mis en place en régions des formations pluridisciplinaires à la crise suicidaire. Les crédits servent également à l'élaboration de guide-répertoire sur les acteurs locaux de la prévention du suicide. Enfin, un soutien financier est apporté aux associations nationales œuvrant dans ce champ.

1,2 M € servent pour tous les plans inscrits dans cette action et en particulier le plan national stratégique maladies rares (pour son volet prévention).

Enfin, **42 M € correspondent au financement des actions recentralisées** en application de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales dans l'ensemble des domaines, (à hauteur de 50 % du montant évalué du droit à compensation provisoire calculé sur l'ensemble des départements en attendant une connaissance précise de la liste des départements qui ne poursuivront pas leur action dans ces domaines : 19,6 M€ tuberculose, 1,4 M€ cancer, 14,1 M€ vaccinations, 5,7 M€ infections sexuellement transmissibles et 0,9 M€ autres).

Action n° 04 : Qualité de la vie et handicaps

Crédits demandés pour 2006

	Hors titre 2	Total
Autorisations d'engagement	6.311.578	6.311.578
Crédits de paiement	6.122.438	6.122.438

Justification des éléments de la dépense par nature

DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT

DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT COURANT

Autorisations d'engagement	84 000
Crédits de paiement	80 000

80 000 € correspondent à des dépenses de fonctionnement courant, relatives à des dépenses de communication dans leur totalité.

SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC

Autorisations d'engagement	2 339 648
Crédits de paiement	2 339 648

Ces crédits correspondent à une part de la subvention à l'INPES, le reste de la subvention est ventilée sur les trois autres actions (voir détail dans la partie "opérateurs").

DÉPENSES D'INTERVENTION

TRANSFERTS AUX AUTRES COLLECTIVITES

Autorisations d'engagement	3 887 930
Crédits de paiement	3 702 790

Ces **3,7 M €** servent au développement des plans et programmes de santé publique visant essentiellement à l'amélioration de la qualité de vie des personnes malades. Ils se répartissent de la manière suivante :

- **1,57 M €** pour la santé périnatale et les problèmes liés à la reproduction et au développement. Il s'agit de la mise en œuvre du plan périnatalité. Ce plan se traduit essentiellement par le développement au niveau local d'actions visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins ainsi que l'environnement social et psychologique de la mère et de l'enfant.
- **0,66 M €** pour le plan maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.
- **0,97 M €** pour le développement du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.
- **0,25 M €** pour les maladies liées au vieillissement, douleur et soins palliatifs.
- **0,25 M €** pour les actions concernant la santé de l'enfant et les troubles de l'apprentissage.

Échéancier des crédits de paiement associés aux autorisations d'engagement

	Autorisations d'engagement demandées pour 2006 et engagements antérieurs	Crédits de paiement	
		Demandés pour 2006	À ouvrir après 2006
Incidence des autorisations d'engagement demandées pour 2006	271.073.383	259.621.030	11.452.353
<i>Incidence des autorisations de programme engagées avant 2006 (Estimation*)</i>		0	0
Total pour le programme	271.073.383	259.621.030	11.452.353

* Estimation réalisée sur la base de la nomenclature de l'ordonnance organique de 1959.

Projet annuel de performances : Opérateurs

Récapitulatif des crédits destinés aux opérateurs de l'État

Nature de la dépense	Exécution 2004		LFI 2005		PLF 2006	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Subventions pour charges de service public			52.969.054	52.969.054	68.164.737	68.164.737
Transferts ou dotations						
Totaux pour le programme			52.969.054	52.969.054	68.164.737	68.164.737

Commentaires :

Deux opérateurs, l'INPES et l'INCA, reçoivent des crédits du programme " Santé Publique et Prévention " .

L'Institut national du cancer (INCA) est institué par l'article 33 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, insérant les articles L. 1415-2 à L. 1415-6 dans le code de la santé publique. La loi prévoit que l'INCA est constitué sous forme d'un groupement d'intérêt public entre l'Etat et les personnes morales publiques et privées intervenant dans le domaine du cancer.

Dans l'attente de la mise en place de l'INCA, il a été constitué entre l'Etat et la Caisse des dépôts et consignations un groupement d'intérêt public (GIP) dénommé GIP de préfiguration de l'Institut national du cancer. Créé pour une durée d'un an par arrêté du 5 juillet 2004 approuvant sa convention constitutive, il a pour objectifs de préparer la mise en place de l'Institut et d'assurer à titre temporaire les missions confiées à ce même institut par le plan national de mobilisation.

Le GIP de préfiguration a été financé au titre de l'année 2004 par une subvention du ministère de la santé et de la protection sociale d'un montant de 11 millions d'euros.

La convention constitutive de l'Institut national du cancer (INCA) a été approuvée par arrêté du 22 juin 2005. Au titre de l'année 2005, il est financé par une dotation de 35,23 millions du ministère de la santé et des solidarités. Il reçoit une dotation équivalente du ministère chargé de la recherche.

Consolidation des emplois

	Exécution 2004	Prévision 2005	Prévision 2006
Rappel des emplois (ETPT) rémunérés par le programme inclus dans le plafond d'emplois du ministère			
Emplois (ETPT) rémunérés par les opérateurs hors plafond d'emplois du ministère		238	258
Total général		238	258

Tableau des emplois des opérateurs – année 2004

Détail des emplois 2004 rémunérés par les opérateurs ou catégories d'opérateurs	Emplois en ETPT	A défaut : effectifs employés
INPES	117,5	
InCA*	11	
Total général	128,5	

*GIP de préfiguration

Présentation des principaux opérateurs

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Présentation de l'opérateur :

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a précisé et renforcé les missions de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé :

- le rôle de l'INPES dans la mise en œuvre, pour le compte de l'Etat et de ses établissements publics, des programmes de santé publique est affirmé en premier lieu ;
- il a une mission d'expertise et de conseil ;
- il concourt au développement de l'éducation pour la santé ;
- l'INPES participe à la gestion des situations de crise, à la demande du ministre ;
- il établit des programmes de formation à l'éducation pour la santé.

Actions du programme auxquelles se rattache l'opérateur

Action 1 : Pilotage de la politique de santé publique

- Sous-action 1-2 Structures associées au pilotage de la politique de santé publique
- Sous-action 1-3 Mise en place des processus de la loi de santé publique

Action 2 : Déterminants de santé

- Sous-action 2-1 Alcool
- Sous-action 2-2 Tabac
- Sous-action 2-3 Traumatisme par accident et violence

- Sous-action 2-4 Autres pratiques à risques
- Sous-action 2-5 Nutrition / activités physiques
- Sous-action 2-6 Environnement dont travail

Action 3 : Pathologies à forte mortalité / morbidité

- Sous-action 3-1 Maladies transmissibles
- Sous-action 3-2 Maladies non transmissibles
- Sous-action 3-3 Santé mentale et suicide
- Sous-action 3-4 Santé bucco-dentaire

Action 4 : Qualité de vie et handicaps

- Sous-action 4-1 Maladies de l'enfance / périnatalité
- Sous-action 4-2 Maladies de l'âge adulte
- Sous-action 4-3 Maladies liées au vieillissement

Nature des liens avec l'opérateur :

L'INPES est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé (art. L1417-1 du CSP). La direction générale de la Santé est en charge de la tutelle budgétaire (en lien avec la DAGPB et le MINEFI (direction du budget), administrative et stratégique de l'INPES.

Le premier contrat d'objectifs et de moyens de l'INPES est en préparation. Les orientations stratégiques de l'agence ont été approuvées par la DGS, et un projet d'établissement a été arrêté.

Partie " performance "

Description des principaux objectifs et indicateurs de l'opérateurs qui concourent à la réalisation des objectifs du programme :

Objectifs opérationnels	Indicateurs de performance
Perception, compréhension et mémorisation des campagnes de prévention	Pourcentage résultant des études post test sur 3 campagnes média, dont, en particulier, la campagne CANNABIS Cible : indice de reconnaissance de la campagne supérieur à 50% Nombre de personnes touchées par les campagnes de l'INPES /an Cible : nombre supérieur ou égal à celui de 2004
Conception, réalisation et diffusion de supports (brochures et plaquettes grand public et/ou professionnels), dont nouveaux supports, hors média	Nombre de supports (dont nouveaux supports) Cible : nombre supérieur ou égal à celui de 2004
Études des comportements de santé et leurs déterminants	Nombre d'études Cible : nombre supérieur ou égal à celui de 2004 Nombre de personnes interrogées au cours de l'année par l'INPES sur les questions de santé Cible : nombre supérieur ou égal à celui de 2004

Financements de l'État

Action (s) du programme En milliers d'euros	Exécution 2004		LFI 2005		PLF 2006	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Action n° 1 : Pilotage de la politique de santé publique						
Subventions pour charges de service public			4 977,6	4 977,6	6 153	6 153
Autres imputations						
Action n° 2 : Déterminants de santé						
Subventions pour charges de service public			9 631,4	9 631,4	7 422	7 422
Autres imputations						
Action n° 3 : Pathologie à forte mortalité/morbidité						
Subventions pour charges de service public			6 601,8	6 601,8	7 020	7 020
Autres imputations						
Action n° 4 : Qualité de vie et handicaps						
Subventions pour charges de service public			1 622,8	1 622,8	2 339	2 339
Autres imputations						
Total des actions						
Subventions pour charges de service public			22 834	22 834	22 934	22 934
Autres imputations			0	0	0	0
Total programme			22 834	22 834	22 934	22 934

Commentaires : La répartition des crédits par action n'est qu'indicative. Un financement de certaines actions 2006 par la Caisse Nationale de Solidarité Autonomie à hauteur de 3 M€ est envisagé.

Pour le budget prévisionnel 2005, le prélèvement sur fonds de roulement s'est effectué à hauteur de 23,255 M€, alors qu'il est prévu pour un montant de 7 M€ au titre du budget prévisionnel 2006.

Les mesures nouvelles financées en 2006 sont de 100 000 €, alloués au titre du plan maladies rares.

Budget prévisionnel 2005

(en milliers d'euros)

Ressources de l'opérateur				
Subventions de l'État	Autres subventions et dotations	Ressources fiscales	Ressources propres	Total
22 761*	53 208	0	23 928	99 897

En 2006, l'opérateur devrait pouvoir bénéficier de ressources propres complémentaires avec la mise en œuvre du décret en préparation relatif aux messages publicitaires et promotionnels sur les aliments et les boissons, pris en application de l'article 29 de la loi n° 2004 – 806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

*Subventions initiales de l'Etat (abondées par des transferts ultérieurs complémentaires à hauteur de 173 Keuros pour la téléphonie santé et les maladies rares).

(en milliers d'euros)

Dépenses de l'opérateur			
Personnel	Fonctionnement	Investissement	Total
8 671	90 416	810	99 897

Consolidation des emplois de l'opérateur

	Exécution 2004	Prévision 2005	Prévision 2006
Emplois (ETPT) rémunérés par l'opérateur		118,5	118,5
Autres emplois (ETPT) en fonction dans l'opérateur			
Total des emplois de l'opérateur		118,5	118,5

Institut National du Cancer

Présentation de l'opérateur :

- L'Institut national du cancer (INCA) a une mission générale de coordination des actions de lutte contre le cancer comportant notamment : la définition de référentiels de bonnes pratiques en cancérologie et de critères d'agrément des établissements pratiquant la cancérologie ; l'information des professionnels et du public ; la coordination et le développement de l'effort de recherche sur le cancer ; l'expertise.
- L'INCA se rattache à l'action n° 3 : Pathologies à forte morbidité / mortalité, sous-action 3-4 : Cancer.

- L'Institut est constitué, dans des conditions prévues par le décret n° 2005-419 du 3 mai 2005, sous forme d'un groupement d'intérêt public entre l'Etat et les différents acteurs de la lutte contre le cancer (caisses nationales d'assurance maladie, INSERM, CNRS, fédérations hospitalières et associations de patients). L'Etat est représenté par le ministère de la Santé et des Solidarités (directions générales de la Santé, de la Sécurité sociale et de l'Hospitalisation et de l'offre de soins) et par le ministère chargé de la recherche.

L'INCA est doté d'un agent comptable désigné par arrêté du ministre chargé du budget.

- Un contrat d'objectifs et de moyens est en préparation, il devrait être prêt au cours de l'année 2006.

Les principaux objectifs et indicateurs de l'opérateur qui concourent à la réalisation des objectifs du programme sont en cours d'élaboration.

Financements de l'État

Action(s) du programme (en milliers d'euros)	Exécution 2004		LFI 2005		PLF 2006	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Action n° 3			35 230	35 230	45 230	45 230
Subventions pour charges de service public			35 230	35 230	45 230	45 230
Transferts ou dotations						
Programme SPP			35 230	35 230	45 230	45 230
Programme " Agence nationale de la Recherche "			35 000	35 000	NC	NC
Total programmes			70 230	70 230	NC	NC

NC : non connu

Budget prévisionnel 2005

(en milliers d'euros)

Ressources de l'opérateur				
Subventions de l'État	Autres subventions et dotations	Ressources fiscales	Ressources propres et autres	Total
70230	0	0	6670	76900

(en milliers d'euros)

Dépenses de l'opérateur			
Personnel	Fonctionnement	Investissement	Total
12945	63361	594	76900

Consolidation des emplois de l'opérateur

	Exécution 2004	Prévision 2005	Prévision 2006
Emplois (ETPT) rémunérés par l'opérateur	11	120	140
Autres emplois (ETPT) en fonction dans l'opérateur			
Total des emplois de l'opérateur	11	120	140

La très forte augmentation du nombre des emplois entre 2004 et 2006 s'explique par la mise en place de l'INCA.

Projet annuel de performances : Coûts du programme et des actions

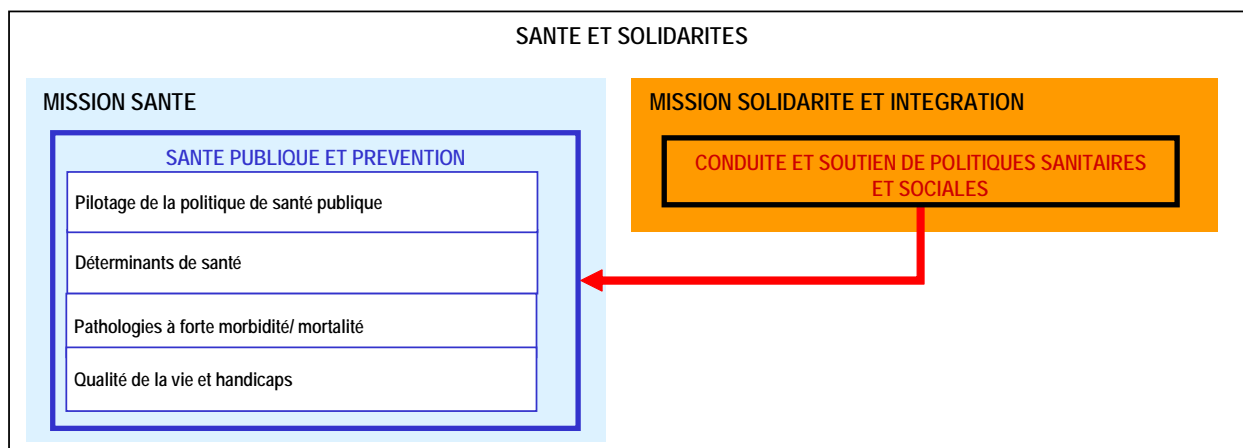
Avertissement

Sont décrites ici les dépenses prévisionnelles pour chaque action, après ventilation des crédits des actions et des programmes de conduite, pilotage, soutien ou de services polyvalents vers les actions de politique publique. Cette description comporte trois volets : la cartographie des liens vers ou depuis les actions du programme, un tableau de synthèse et les commentaires explicatifs. Les données ont été élaborées par les ministères en charge des programmes, en concertation avec le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie.

S'appuyant sur des principes et des méthodes définis au plan interministériel, la démarche adoptée pour ce premier exercice budgétaire en prévision s'est voulue pragmatique, faisant porter l'effort sur l'identification des enjeux pertinents en termes politiques et financiers. L'analyse des coûts doit être envisagée comme une démarche progressive, dont la précision évoluera au fil des exercices, dès lors que les phases d'exécution permettront de valider les méthodes et de se référer à des données comptables.

Schéma de déversement analytique du programme

Présentation des liens établis entre les actions du programme et d'autres programmes.



Présentation des crédits de paiement concourant à la mise en œuvre de la politique

Intitulé de l'action	Crédits prévus	Ventilation des crédits de soutien et/ou polyvalents		Crédits après ventilation
		au sein du programme	entre programmes	
Pilotage de la politique de santé publique	28.383.892		+8.205.570	36.589.462
Déterminants de santé	34.739.826		+9.616.734	44.356.560
Pathologies à forte morbidité/mortalité	190.374.874		+69.131.380	259.506.254
Qualité de la vie et handicaps	6.122.438		+1.852.199	7.974.637
Total	259.621.030		+88.805.883	348.426.913

Ventilation des crédits de soutien et/ou polyvalents vers (+) ou en provenance (-) d'autres programmes	-88 805 883
CONDUITE ET SOUTIEN DES POLITIQUES SANITAIRES ET SOCIALES (MISSION SOLIDARITE ET INTEGRATION)	-88 805 883

Observations

Modalités de ventilation des dépenses du programme

1/ Le présent programme bénéficie de la ventilation des dépenses du programme " *Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales* " qui appartient à la mission " *Solidarité et intégration* " selon les clés explicitées dans ce programme.

Pour mémoire, les dépenses de l'action " *Soutien de l'administration sanitaire et sociale* " et celles de l'action " *Gestion des politiques sanitaires* " sont déversées dans les programmes de politique publique au prorata des ETP travaillés.

Les crédits de personnel, pour des raisons explicitées dans la présentation du programme " *Conduite et soutien* ", sont

répartis analytiquement entre les différents programmes de politique publique de la mission « *Santé* » en fonction des organigrammes réels des services centraux et déconcentrés.

2/ A l'intérieur du programme, ces dépenses sont réparties au prorata de la masse financière des actions.

Les dépenses d'état major et de statistiques, d'études et de recherche sont réparties, sauf affectation directe, au prorata de la masse financière des actions. La subvention au GIP Esther est affectée à l'action " *Pathologie à forte morbidité/mortalité* " du programme.

Programme 171 :
Offre de soins et qualité du système de soins

Présentation des crédits du programme et des dépenses fiscales associées

Présentation par action et titre des crédits demandés pour 2006

Autorisations d'engagement

Numéro et intitulé de l'action / sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total pour 2006	Fonds de concours attendus en 2006
01 Niveau et qualité de l'offre de soins	4.000.144	66.109.916	70.110.060	0
02 Accessibilité de l'offre de soins		1.218.000	1.218.000	0
03 Soutien	22.831.840	6.650.100	29.481.940	0
Totaux	26.831.984	73.978.016	100.810.000	0

Crédits de paiement

Numéro et intitulé de l'action / sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total pour 2006	Fonds de concours attendus en 2006
01 Niveau et qualité de l'offre de soins	4.000.144	66.109.916	70.110.060	0
02 Accessibilité de l'offre de soins		1.218.000	1.218.000	0
03 Soutien	22.831.840	8.223.100	31.054.940	0
Totaux	26.831.984	75.551.016	102.383.000	0

Présentation par action et titre des crédits votés pour 2005 (loi de finances initiale)

Autorisations d'engagement

Numéro et intitulé de l'action / sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total pour 2005	Prévisions de fonds de concours 2005
01 Niveau et qualité de l'offre de soins	2.100.000	78.886.368	80.986.368	
02 Accessibilité de l'offre de soins		1.293.273	1.293.273	
03 Soutien	21.896.822	195.000	22.091.822	
Totaux	23.996.822	80.374.641	104.371.463	

Crédits de paiement

Numéro et intitulé de l'action / sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total pour 2005	Prévisions de fonds de concours 2005
01 Niveau et qualité de l'offre de soins	2.100.000	78.886.368	80.986.368	
02 Accessibilité de l'offre de soins		1.293.273	1.293.273	
03 Soutien	21.896.822	10.195.000	32.091.822	
Totaux	23.996.822	90.374.641	114.371.463	

Présentation des crédits par titre et catégorie

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Consommées en 2004	Ouvertes en LFI pour 2005	Demandées pour 2006	Consommés en 2004	Ouverts en LFI pour 2005	Demandés pour 2006
Titre 3. Dépenses de fonctionnement		23.996.822	26.831.984		23.996.822	26.831.984
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel		2.975.000	4.875.144		2.975.000	4.875.144
Subventions pour charges de service public		21.021.822	21.956.840		21.021.822	21.956.840
Titre 6. Dépenses d'intervention		80.374.641	73.978.016		90.374.641	75.551.016
Transferts aux ménages		5.451.577	5.461.200		5.451.577	5.461.200
Transferts aux entreprises		5.100.000	5.056.038		5.100.000	5.056.038
Transferts aux collectivités territoriales		0	3.500.100		9.800.000	6.723.100
Transferts aux autres collectivités		69.823.064	59.960.678		70.023.064	58.310.678
Totaux hors fonds de concours prévus		104.371.463	100.810.000		114.371.463	102.383.000
Totaux y compris fonds de concours prévus		104.371.463	100.810.000		114.371.463	102.383.000

Évaluation des dépenses fiscales⁴

Dépenses fiscales dont l'objet principal contribue au programme

(en millions d'euros)

Numéro et intitulé de la mesure	Résultat estimé pour 2004	Évaluation pour 2005	Évaluation pour 2006
160301 Déduction forfaitaire au titre du groupe III, pour les médecins conventionnés	20	20	20
730208 Taux de 5,5 % pour les prestations de soins dispensées par les établissements thermaux autorisés	40	40	40
730303 Taux de 2,10 % applicable aux médicaments remboursables ou soumis à autorisation temporaire d'utilisation et aux produits sanguins	980	1040	1100

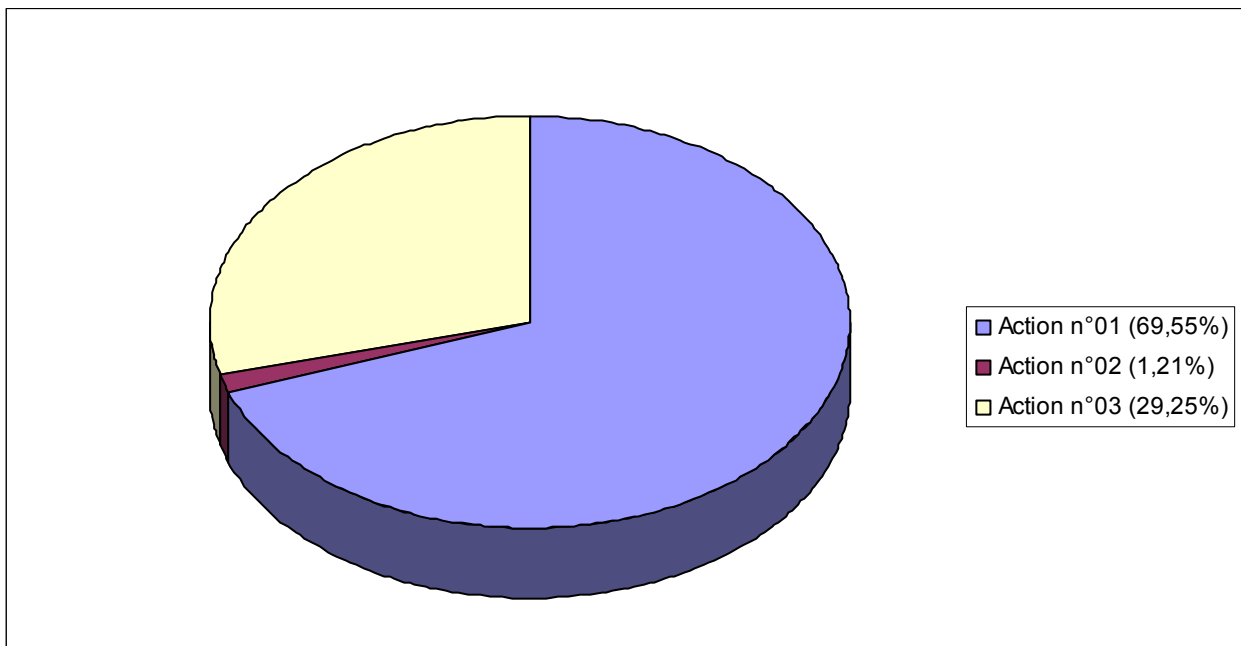
⁴ Les dépenses fiscales sont décrites dans le tome II de l'annexe au projet de loi de finances intitulée « Évaluation des voies et moyens ». Les dépenses fiscales ont été associées à ce programme conformément aux finalités poursuivies par ce dernier et précisées dans le projet annuel de performances. Les montants indiqués sont des estimations. Lorsqu'aucun montant ne figure, la lettre « ε » signifie que le coût est estimé à moins de 0,5 million d'euros ; l'abréviation « nc » signifie « non chiffrable » et l'astérisque « * » signifie que l'évaluation de cette mesure fiscale n'est pas disponible lors de la mise sous presse de cette annexe, mais figure en revanche dans le tome II de l'annexe « Évaluation des voies et moyens ».

Projet annuel de performances :
Présentation du programme, des actions, des objectifs et des indicateurs

Présentation par action des crédits demandés pour 2006

Numéro et intitulé de l'action		Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
01	Niveau et qualité de l'offre de soins	70.110.060	70.110.060
02	Accessibilité de l'offre de soins	1.218.000	1.218.000
03	Soutien	29.481.940	31.054.940
Totaux		100.810.000	102.383.000

Répartition par action des autorisations d'engagement demandées pour 2006



Présentation du programme

• Finalités générales du programme

Le présent programme a pour finalité d'adapter le système de soins à la demande, dans le respect des contraintes d'environnement juridique, économique et surtout sanitaire, à l'exclusion de l'amont (prévention et éducation à la santé) et du secteur médico-social. Il se propose donc d'améliorer la gestion des établissements et des personnels concourant à l'offre de soins, dans leurs différentes dimensions : administrative, économique, financière et de gestion des ressources humaines, d'optimiser la formation, aussi bien initiale que continue, des personnels de santé, d'encadrer leurs conditions d'exercice en liaison, le cas échéant, avec les instances professionnelles et de veiller à leur répartition harmonieuse tant en termes de compétences que sur le plan géographique.

• Environnement

La plus grande partie des actions menées au titre du programme sont financées sur le budget de l'assurance maladie, le budget de l'Etat n'intervenant que pour moins de 1 % du total des dépenses effectuées au titre de l'offre de soins. Par ailleurs, plusieurs domaines du programme ont des liens étroits avec d'autres programmes de la même mission (prévention, sécurité sanitaire, etc.). Enfin, on soulignera l'impact croissant de la dimension européenne dans la gestion des personnels de santé.

• Pilotage

Le responsable du programme est le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. La direction pilote est la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, dont les missions coïncident pour l'essentiel avec le programme.

• Modalités de gestion du programme

Le pilotage général se fait au niveau central (cf. ci-dessus). La mise en œuvre se fait par les services déconcentrés et les acteurs énumérés ci-après.

• Acteurs

Les services déconcentrés du ministère chargé de la santé (DDASS et DRASS) participent à la mise en œuvre de ce programme.

Les acteurs et partenaires du programme ont pour l'essentiel des objectifs compris dans le présent programme : agences régionales de l'hospitalisation (ARH), unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), groupement d'intérêt public "carte de professionnel de santé" (GIP-CPS), agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et Haute autorité de santé (HAS). Des coopérations existent déjà au niveau local (entre DDASS et ARH) ou sont à prévoir (entre ARH et groupements régionaux de santé publique (GRSP), prévus par le programme "Santé publique et prévention").

On remarquera que certains acteurs d'autres programmes de la même mission peuvent avoir une activité impactant le programme (Etablissement français du sang, Agence de biomédecine, Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies).

• Politique réglementaire et fiscale

La réglementation constitue une partie importante de l'activité de l'administration centrale.

• Structuration en actions

Deux actions de politiques publiques :

- Action 1 : Niveau et qualité de l'offre de soins ;
- Action 2 : Accessibilité de l'offre de soins.

Une action de soutien (action 3), regroupant des crédits d'intervention spécifiques et, à titre provisoire, les subventions pour charge de service public aux opérateurs.

Un BOP permettra le pilotage de la mise en œuvre du programme par les divers acteurs rappelés ci-dessus, à l'exception des moyens matériels et humains de l'administration centrale et déconcentrée qui s'imputeront sur le programme Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales.

Présentation des actions



Action n° 01 : Niveau et qualité de l'offre de soins

1. Finalités

En amont, l'Etat doit garantir une formation initiale et continue de haut niveau pour chacune des professions de santé.

Il doit veiller à ce que l'offre de soins soit dispensée dans de bonnes conditions et porter son attention sur la sécurité, la qualité et l'adaptation de la prise en charge sanitaire, l'amélioration constante des performances de soins, la sécurité du personnel et des patients et le respect des droits de ces derniers, notamment au travers d'une transparence accrue. Il doit, par ailleurs, anticiper et aider à la diffusion des innovations diagnostiques et thérapeutiques et favoriser le progrès médical (bonnes pratiques, techniques, etc.). Ces objectifs doivent être poursuivis, dans le contexte financier difficile que traverse l'assurance maladie, dans le souci d'une allocation optimale des moyens disponibles et dans la recherche constante d'une amélioration de l'efficacité des établissements de santé.

Enfin, l'Etat doit veiller au développement des systèmes des mécanismes d'évaluation, ainsi qu'à la bonne transmission des enseignements qui en auront été tirés dans la pratique des professionnels de santé.

Les quatre grands axes de travail dans le cadre de cette action sont les suivants :

- Promouvoir la bonne gouvernance ;
- Améliorer la gestion des risques ;
- Améliorer la gestion des ressources humaines ;
- Optimiser l'organisation et la qualité des soins.

2. Les principales activités

2.1. Veiller à la bonne gouvernance et à l'efficacité des établissements de santé, notamment :

- Mettre en place un mode de financement des établissements fondé sur la tarification à l'activité et des mécanismes visant à autonomiser et responsabiliser les établissements ;

- Moderniser les systèmes d'information : normalisation et création du dossier médical partagé, informatisation des processus de soins, etc. ;

- Développer des mécanismes d'évaluation financière, avec la mise en place et l'utilisation de bases de données sur la situation financière des établissements et les comparaisons inter établissements ou le reporting financier des ARH sur l'exécution des campagnes d'investissement.

2.2. Aider les établissements à réduire et à gérer leurs risques

2.3. Optimiser la qualité de l'action des professionnels de santé, notamment :

- Définir, en liaison avec le ministère chargé de l'enseignement supérieur, le contenu et les modalités de la formation initiale de l'ensemble des professions de santé.

2.4. Agir pour une meilleure gestion des ressources humaines hospitalières, notamment :

- Définir les règles de recrutement et de gestion des agents publics relevant du système public hospitalier ; organiser certains concours d'accès aux corps de la fonction publique hospitalière ou inclus dans la formation de certaines professions (internats).

- Agréer les conventions collectives des établissements participant au service public hospitalier.

2.5. Favoriser le progrès technique et mieux prendre en compte les résultats de la recherche.

2.6. Améliorer la qualité et l'évaluation de la qualité de l'offre de soins.

2.7. Améliorer la transparence sur la question de la qualité du système d'offre de soins.

2.8. Améliorer l'accueil des usagers.



Action n° 02 : Accessibilité de l'offre de soins

1. Finalités

L'objectif général 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. Ce qui implique la détermination du niveau de l'offre de soins, qui doit répondre à deux impératifs :

- d'une part, faire que son niveau général corresponde aux besoins de la population et respecte l'objectif de dépense défini par le législateur ;
- d'autre part, faire que soit assurée une répartition territorialement équitable de l'offre de soins.

Concrètement, les objectifs sont donc de :

- promouvoir la graduation de l'offre de soins ;
- favoriser la diversification de l'offre de soins pour répondre de manière plus fine aux besoins (hospitalisation,

alternatives, interventions et hospitalisations à domicile, réseaux de santé...)

- améliorer la complémentarité entre les différents acteurs de soins ;

- dynamiser l'offre de proximité: centres de santé, officines pharmaceutiques, cabinets libéraux, maisons médicales, laboratoires d'analyses de biologie médicale (LABM), réseaux, et les coopérations entre acteurs ;

- améliorer l'accès aux techniques rares ;

- assurer l'effectivité des droits des malades ;

- promouvoir pour les patients et, le cas échéant leur entourage, les droits à l'information et au consentement, à l'accès au dossier, à la représentation des usagers, à la bonne gestion des réclamations et, de manière générale, à l'information.

2. Les principales activités

2.1. Simplifier et moderniser le dispositif de l'organisation des soins, pour accroître l'adaptabilité du système de soins à l'évolution des besoins de santé, en tenant compte des ressources humaines et financières disponibles :

- définir les méthodologies d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ;
- mener les études locales, nationales, internationales, nécessaires à l'anticipation des évolutions de l'offre de soins ;
- apporter un soutien méthodologique aux ARH, en particulier pour définir des priorités régionales et arbitrer entre elles ;
- Allouer des soutiens aux techniques rares et consulter les associations concernées.

2.2. Définir les politiques et les outils de coopération entre établissements et entre professionnels :

- Développer la contractualisation entre les différents acteurs du système de soins ;
- Mettre en place des articulations entre le sanitaire, le médico-social, le social, pour une prise en charge globale et continue des personnes sur le territoire ;
- Effectuer un travail méthodologique pour la définition et l'évaluation des territoires de santé ;
- Mieux connaître et étudier l'accès des différentes populations au système de soins ;
- Améliorer la qualité de la prise en charge dans les hôpitaux locaux ;
- Développer l'hospitalisation à domicile ;
- Développer les réseaux.

2.3. Assurer la permanence des soins et l'accès aux services d'urgences sur l'ensemble du territoire :

- définir les objectifs prévisionnels régionaux du plan d'urgence de septembre 2003 et assurer leur mise en œuvre ;
- Améliorer l'organisation de la chaîne des urgences, de l'amont à l'aval de la prise en charge par les services d'urgence.

2.4. Améliorer l'accueil de certaines populations spécifiques :

- bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) et des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- personnes handicapées ;
- victimes de violences ou de dérives sectaires ;
- femmes, enfants et adolescents ;
- personnes âgées.

Dans cette perspective, mener des actions spécifiques dans certains secteurs ou pathologies :

- la chirurgie, la médecine et les soins de suite ;
- les urgences et la permanence des soins, la périnatalité, la santé mentale, le cancer, la maladie d'Alzheimer, les soins palliatifs, les addictions, les maladies chroniques (insuffisance rénale chronique, diabète), les maladies cardio-vasculaires, les maladies rares, les patients cérébro-lésés (accidents vasculaires cérébraux (AVC), traumatisés crâniens et blessés médullaires, états végétatifs chroniques...).

2.5. Assurer que le nombre et la formation des professionnels de santé correspondent aux besoins :

- anticiper les évolutions des professions en termes de métiers et de compétences ainsi que les besoins en termes de démographie ; maîtriser les évolutions démographiques des professions ;
- définir le nombre des admis dans les formations initiales des professions réglementées, en liaison avec l'observatoire de la démographie des professions de santé et, le cas échéant, avec le ministère de l'éducation nationale ;
- favoriser le recrutement de professionnels de santé européens en application du principe de libre circulation des travailleurs. Organiser et gérer l'accès des professionnels non communautaires à l'exercice professionnel en France ;
- favoriser l'installation des professionnels libéraux dans les zones défavorisées ;
- assurer une modulation géographique des effectifs entrant en formation (fixation du numerus clausus) et une formation initiale et continue diversifiée et de haut niveau ;
- améliorer le maillage des transports sanitaires.



Action n° 03 : Soutien

1. Crédits concernés

Cette action recouvre :

- des crédits d'intervention spécifiques en matière immobilière pour l'Outre-Mer dans le cadre de contrat de développement ;

- les subventions pour charges de service public versées aux opérateurs ;

- les charges de frais de justice et de réparations civiles éventuelles.

A terme et conformément aux orientations retenues pour le traitement des opérateurs de l'Etat dans le cadre de la mise en œuvre de la loi organique du 1^{er} août 2001, les subventions globales aux opérateurs s'imputeront sur les différentes actions conformément à la répartition indicative notifiée à l'opérateur.

2. Les acteurs

2.1. Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

Les ARH sont des groupements d'intérêt public rassemblant l'Etat et des organismes d'assurance maladie, dont l'objet est de définir et mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de contrôler leur fonctionnement et de déterminer leurs ressources.

Les ARH préparent et arrêtent le schéma d'organisation sanitaire. Elles autorisent la création d'établissements de santé.

Les ARH concluent avec les établissements de santé et leurs groupements des contrats d'objectifs et de moyens d'une durée de cinq ans.

2.2. L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Elle a deux missions principales :

- Mettre en œuvre les travaux nécessaires aux systèmes d'information communs à l'Etat et à l'Assurance maladie (recueil de données pour le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et étude nationale des coûts) ;
- Contribuer aux travaux sur les nomenclatures de santé tant au niveau national ("résumés de séjour patients" pour le PMSI, classification commune des actes médicaux) qu'international (classification internationale des maladies).

Par ailleurs l'ATIH est chargée de produire des applications informatiques utiles à la gestion du système de soins (dispositif d'information "PARHTAGE" pour les ARH, dispositif DMI2 pour le suivi du Sida et de l'hépatite C).

Le programme de dématérialisation des données du PMSI (dit "e-PMSI"), actuellement en cours d'expérimentation, et la connaissance des coûts par groupe homogène de malades permettront une mise en œuvre plus facile de la tarification à l'activité (T2A).

2.3. Le groupement d'intérêt public "carte professionnelle de santé" (GIP-CPS).

Le groupement d'intérêt public "carte professionnelle de santé" (GIP-CPS) a été constitué entre l'Etat et les organismes d'assurance maladie pour étudier, mettre au point et diffuser la carte de professionnel de santé. Cette dernière est un outil sécurisé portable multifonctions contribuant à la confiance dans les échanges entre professionnels de santé. Son champ d'application tend à s'accroître notablement.

2.4 Le groupement d'intérêt public "institut des données de santé" (GIP-IDS)

Le groupement d'intérêt public "institut des données de santé" est constitué entre l'Etat, les caisses nationales d'assurance maladie, l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et l'union nationale des professionnels de santé. Il a pour mission d'assurer la cohérence et de veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie et de veiller à la mise à disposition de ses membres et de la haute autorité de santé des données issues de ces systèmes d'information, dans un but de gestion de l'assurance maladie ou pour des préoccupations de santé publique.

Sa convention constitutive sera signée au cours de l'année 2005.

Objectifs et indicateurs

Introduction - Présentation stratégique :

La société consacre une part importante du produit intérieur brut à son système de santé (10 % du PIB). Le présent programme a pour objectif de la faire bénéficier de l'offre de soins la meilleure possible, compte tenu de cette ressource. Garantir la meilleure offre de soins, c'est assurer d'une part une offre de soins de qualité, d'autre part, une offre de soins suffisante et répartie de manière à être accessible aux usagers, dans le cadre du respect des objectifs de dépense déterminés par le législateur. Ce constat fonde les deux actions de politique de santé du programme :

- Garantir la **qualité de l'offre de soins** (action 1), ce qui implique d'assurer le bon niveau de formation, tant initiale que continue des professionnels de santé, d'optimiser l'organisation des soins, de garantir l'efficacité des mécanismes d'accréditation et d'évaluation, de s'adapter à l'évolution scientifique et technique, d'assurer la sécurité des patients lorsqu'ils reçoivent des soins.
- Garantir l'**accessibilité de l'offre** (action 2) c'est, d'une part, assurer que le niveau de l'offre de soins est adéquat par rapport aux besoins estimés de la population, d'autre part, que les usagers ont accès au système de soins dans des conditions satisfaisantes et des délais raisonnables, quelle que soit leur position sur le territoire national.

L'objectif global du programme est de mettre en mesure le dispositif de soins, dans son acception la plus large, de répondre aux besoins de santé de la population, que ces besoins soient exprimés ou latents.

La mesure la plus globale de satisfaction de cet objectif est donc le taux de couverture de ces besoins, tant du point de vue quantitatif que qualitatif. Pour valider la pertinence du programme, il n'est toutefois pas possible de se référer aux données épidémiologiques générales relatives à l'état de santé de la population car elles dépendent d'autres programmes de la même mission mais surtout de facteurs généraux et exogènes (démographie, environnement, etc.). De plus, la diversité des modes

d'action concourant à l'objectif interdit de pouvoir trouver un indicateur synthétique qui soit lié directement à l'ensemble des résultats intermédiaires ou finaux du programme. Enfin, malgré la faiblesse relative du financement du système de soins par l'Etat, il est apparu nécessaire de centrer les indicateurs sur les domaines où les crédits de l'Etat interviennent de manière significative. Trois objectifs, développés ci-dessous, ont ainsi pu être proposés pour 2006. Un objectif supplémentaire sera mis en place à l'horizon 2007, en raison du système d'information important qu'il suppose et qui reste à construire. Il portera sur la mesure de la politique de gestion des ressources humaines de la fonction publique hospitalière, qui constitue une part importante des activités de la DHOS.

Objectif n° 1 (du point de vue du citoyen) : Optimiser le pilotage de l'offre de soins.

L'amélioration du niveau et de la qualité de l'offre de soins, tant hospitalière que libérale, est confiée sur le plan opérationnel aux ARH. L'Etat passe actuellement des conventions triennales avec ces dernières, dans le but de cadrer leur activité par des objectifs communs à chacune d'entre elles et des objectifs spécifiques propres à la situation sanitaire de chaque région. Il est donc apparu possible de relier les dotations versées aux ARH par l'Etat et l'atteinte globale des objectifs nationaux qui leur sont assignés par le moyen d'un indicateur global mesurant le taux d'atteinte de l'ensemble de ces objectifs.

Indicateur n° 1 : Taux d'atteinte des objectifs nationaux figurant dans les contrats passés entre l'Etat et les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH)

	2003	2004	2004	2005	2006	2009
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	Cible
%	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	20	100

Précisions méthodologiques : Chacun des sous-indicateurs ci-dessous est affecté d'un poids relatif identique. La valeur de départ est 0 par convention et la valeur cible à trois ans de 100 %.

Nature : L'indicateur est composé de 6 sous-indicateurs dans les domaines suivants :

- Développement de la chirurgie ambulatoire : taux de recours à cette technique devant passer de 50 % à 65 % en trois ans (2006-2009) pour 5 actes traceurs ;
- Mise en place d'un tableau de bord social (100 % des établissements à trois ans) ;
- Passation de contrats entre les ARH et les établissements publics de santé visant à garantir la continuité et la permanence des soins (100 % à 3 ans) ;
- Passation de contrats de développement de la gestion coordonnée des risques dans les établissements de santé (50 % des établissements liés par contrat à 3 ans) ;
- Etablissement d'un diagnostic partagé entre l'Etat et l'ARH sur les établissements présentant des risques financiers du fait de la mise en place de la tarification à l'activité (100 % des diagnostics établis à 3 ans) ;
- Opérations de recombinaison hospitalière : taux d'opération en cours ou achevées.

Modalités : Les valeurs propres à chaque sous-indicateur seront fournies annuellement par les ARH selon ce qui est prévu dans les contrats et la synthèse sera opérée par l'administration centrale. La composition de l'indicateur peut varier au cours du temps : si l'un des objectifs est atteint plus rapidement que prévu, il pourra être remplacé par un autre en cours de période triennale.

Objectif n° 2 (du point de vue du citoyen) : Améliorer l'impact de l'évaluation du système de santé.

L'amélioration de la qualité et de l'efficacité du système de soins passe en particulier par l'édiction et la mise en œuvre de recommandations destinées à rendre plus efficaces et plus sûres les pratiques des professionnels de santé. Le législateur a récemment confié cette tâche à la Haute autorité de santé (HAS), en lui attribuant les moyens et compétences antérieurement dévolues à l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et en lui conférant la qualité d'autorité publique indépendante.

L'indicateur proposé permet de mesurer dans sa globalité le taux de mise en œuvre des recommandations de la HAS et de donner ainsi la mesure de la réactivité du système de soins à ce qui constitue un ensemble d'évolutions positives pour l'usager.

Indicateur n° 1 : Taux de recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) suivies

	2003	2004	2004	2005	2006	
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	Cible
%	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet		

Précisions méthodologiques : L'indicateur est en construction. Les premières données, relatives à l'année 2006, seront disponibles dans le PAP joint au PLF 2008.

Objectif n° 3 (du point de vue de l'utilisateur) : Répondre aux besoins de formation des étudiants en médecine.

La formation pratique des étudiants de troisième cycle de médecine et de pharmacie se fait dans le cadre de l'internat, qui se traduit par des fonctions hospitalières rémunérées. La nécessaire diversification des formations a conduit l'Etat à prendre à sa charge le financement de différents stages effectués hors de l'hôpital :

- " année recherche ", dispositif ouvert à une fraction de chaque génération d'internes leur permettant de faire une année de stage dans un laboratoire de recherche et de préparer un diplôme d'études approfondies (DEA) ;
- stages extra-hospitaliers effectués dans d'autres structures (administrations de l'Etat, établissements publics, etc.) ;
- " stages chez le praticien ", dispositif permettant aux futurs médecins généralistes de s'initier à tous les aspects de leur future profession auprès d'un médecin généraliste volontaire et agréé par les autorités universitaires.

Indicateur n° 1 : Taux de satisfaction, mesuré à un an et à dix ans après la fin des études, relatif aux diverses modalités de stages extrahospitaliers de troisième cycle (année recherche, autres stages d'internat extrahospitaliers, stages chez le praticien)

	2003	2004	2004	2005	2006	
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	cible
Taux de satisfaction à un an	%					
Taux de satisfaction à dix ans	%					

Précisions méthodologiques : Le degré de satisfaction sera mesuré par enquête sur échantillon. Deux mesures, faisant l'objet de deux sous-indicateurs, seront effectuées : l'une dans le délai d'un an après la sortie du dispositif, l'autre dans le délai de dix ans. La première devrait permettre d'évaluer le jugement porté sur la formation en tant que telle, l'autre de porter un jugement rétrospectif sur l'utilité de telles formations compte tenu de l'orientation professionnelle adoptée ensuite par le répondant.

L'année cible ainsi que les valeurs cible à atteindre par les deux sous-indicateurs restent à déterminer en fonction du degré de satisfaction qui sera constaté lors de la première enquête.

L'indicateur est en construction. Les premières données, relatives à l'année 2005, seront disponibles dans le PAP joint au PLF 2007.

Projet annuel de performances : Justification des crédits

Éléments transversaux au programme

N° et intitulé de l'action / sous-action	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Titre 2	Autres titres	Total	Titre 2	Autres titres	Total
01 Niveau et qualité de l'offre de soins		70.110.060	70.110.060		70.110.060	70.110.060
02 Accessibilité de l'offre de soins		1.218.000	1.218.000		1.218.000	1.218.000
03 Soutien		29.481.940	29.481.940		31.054.940	31.054.940
Total		100.810.000	100.810.000		102.383.000	102.383.000

Dépenses de personnel (titre 2)

Effectifs et activité des services

Les dépenses de personnel figurent dans le programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » de la mission « Solidarité et intégration ».

Justification par action

Action n° 01 : Niveau et qualité de l'offre de soins

Crédits demandés pour 2006

	Hors titre 2	Total
Autorisations d'engagement	70.110.060	70.110.060
Crédits de paiement	70.110.060	70.110.060

Justification des éléments de la dépense par nature

DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT

Les crédits de fonctionnement de cette action correspondent à 4 000 144 € en AE et CP.

Ils se décomposent en moyens consacrés à l'organisation de concours nationaux de la fonction publique hospitalière (praticiens des établissements publics de santé, épreuves nationales classantes, internats d'odontologie, de médecine du travail, de

pharmacie, internat à titre étranger, directeur d'établissement, attaché d'administration hospitalière) et à la réalisation d'études et de projets ou à l'achat de prestation réalisés par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

- Les crédits dédiés à la réalisation des concours s'élèvent à 2 546 000 € en AE et CP. Ils recouvrent les dépenses occasionnées par :
 - l'organisation des épreuves qui recouvrent des prestations diverses parfois assurées par un même prestataire : location de salles, signalétique et étiquetage des tables, gestion de la convocation des candidats (fichier candidat, édition, pliage, affranchissement lettres..), surveillance des épreuves, mise à disposition du jury d'un secrétariat ;
 - les frais d'imprimerie ;
 - le transport et le stockage sécurisés des copies.

Les dépenses prévues sont ainsi réparties :

Objet	Coût
Organisation des épreuves	1 990 000
Imprimerie	380 000
Transports et stockage des copies	176 000
Total :	2 546 000

- Les crédits de fonctionnement réservés à la réalisation d'études et de projets ou à l'achat de prestation s'élèvent à 1 454 144 € en AE et CP. Ils permettent le recours à des intervenants extérieurs : consultants en vue d'une aide pour la conduite de différents projets (nomenclatures d'activité des établissements sanitaires et sociaux, études comparées sur les systèmes de soins à l'étranger, évaluations des politiques par exemple) ou experts pour l'assistance à la définition et mise en œuvre de projet (développement du système d'information partagé entre ARH, hôpitaux et DHOS, système d'information des urgences, architecture des radiocommunications ...). Enfin, une partie de ces crédits est destinée à la passation de convention (avec l'AFNOR par exemple dans le cadre de la normalisation) ou l'achat de prestations diverses comme la publication au BOAMP.

Objet	Nombre jours travaillés	Coût unitaire	Coût total
Consultants	610	985	600 850
Assistance projets (expertise)	435	1 240	539 400
Autres			313 894
		Total :	1 454 144

DÉPENSES D'INTERVENTION

Les crédits d'intervention de cette action couvrent les dépenses assumées par l'Etat dans le cadre de la formation médicale initiale des internes et de l'année recherche suivie par certains d'entre eux ainsi que la subvention accordée à la Haute autorité de santé. Ces crédits correspondent à 66 109 116 € en AE et CP.

1 - Les crédits dédiés à la formation médicale initiale des internes sont de 50 998 926 € en AE et CP Ils correspondent à la rémunération des internes de spécialité durant les stages que ceux-ci peuvent effectuer dans des organismes extrahospitaliers ou dans des cabinets libéraux, ainsi qu'aux indemnités de maîtres de stages perçues par les praticiens libéraux comme indiqué dans les deux tableaux ci-dessous. Le CHU dont relève l'interne effectuant un stage extrahospitalier continue pendant ce stage à assurer le versement des émoluments forfaitaires, et des charges sociales y afférentes, de l'interne. Les internes de médecine générale effectuent un stage de six mois auprès de médecins généralistes agréés. Ces derniers, agréés par les UFR en qualité de maître de stage perçoivent des honoraires pédagogique versés par les UFR. Comme la rémunération des internes reversée aux CHU, les honoraires pédagogiques fait l'objet d'un remboursement auprès des UFR. Ces dépenses sont ainsi prévues :

Objet	Nombre	Coût unitaire annuel	Durée annuelle	Coût total	Catégorie
Internes stages extra-hospitaliers	460	36 000	0,5	8 280 000	4
Internes 6ème semestre stages	505	36 455	0,5	9 204 888	4
Internes de médecine générale	1 581	36 000	0,5	28 458 000	4
Indemnités maîtres de stage	1 581	6 396	0,5	5 056 038	2
			Total :	50 998 926	

2 – Les crédits prévus pour l'année recherche sont de 5 461 200 €. Instituée par un arrêté du 27 septembre 1985 au profit des étudiants en médecine et en pharmacie et étendue à l'odontologie par un arrêté modifié du 22 janvier 1996, l'année recherche est un dispositif offert aux mieux classés de l'internat leur permettant d'effectuer, durant celui-ci, une année de recherche médicale ou biomédicale financée par l'Etat dans le cadre d'un diplôme d'étude approfondie (DEA).

3 – Enfin, la subvention versée à la Haute autorité de santé s'élève à 9 649 790 €.

Action n° 02 : Accessibilité de l'offre de soins

Crédits demandés pour 2006

	Hors titre 2	Total
Autorisations d'engagement	1.218.000	1.218.000
Crédits de paiement	1.218.000	1.218.000

Justification des éléments de la dépense par nature

DÉPENSES D'INTERVENTION

Les crédits d'intervention de cette action couvrent les interventions financées pour le déploiement de la télémédecine et des interventions diverses concourant notamment au développement de la politique des réseaux de santé. Ils représentent 1 218 000 € en AE et CP.

- Télémédecine : cette intervention est réalisée dans le cadre des contrats de plan Etat-Régions.

Dans le cadre des contrats de plan Etat-Régions 2000 – 2006, 9 régions (Bourgogne, Champagne-Ardenne, Basse-Normandie, Haute Normandie, Midi-Pyrénées, Nord Pas-de-Calais, PACA, Pays de la Loire et Poitou-Charentes) mènent des actions de développement de la télémédecine avec le concours financier de l'Etat.

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

Les crédits s'élèvent à 1.068.000 € pour 2006.

- Soutien au développement des réseaux de santé

En conformité avec la politique du ministère de la santé pour le développement des réseaux de santé, des crédits sont prévus pour apporter un soutien financier aux acteurs contribuant à ce développement, notamment par leur action auprès des professionnels de santé et leur soutien apporté aux promoteurs de réseaux. La Coordination nationale des réseaux (CNR), en raison du rôle important qu'elle tient en matière d'animation et de promotion en ce domaine, bénéficie en premier lieu ce soutien, à hauteur, en moyenne, de 120 000 euros. Par ailleurs, 30 000 euros sont réservés pour des actions ponctuelles.

Action n° 03 : Soutien**Crédits demandés pour 2006**

	<i>Hors titre 2</i>	<i>Total</i>
<i>Autorisations d'engagement</i>	<i>29.481.940</i>	<i>29.481.940</i>
<i>Crédits de paiement</i>	<i>31.054.940</i>	<i>31.054.940</i>

Justification des éléments de la dépense par nature**DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT**

Les dépenses de fonctionnement recouvrent deux natures de dépense :

DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT COURANT

Les crédits de fonctionnement courant de cette action sont destinés à couvrir les frais de justice. 875 000 € en AE et CP ont été réservés à cet effet. Les frais de justice de ce programme représentent essentiellement les contentieux liés aux autorisations d'ouverture de pharmacies et de laboratoires et à la sectorisation psychiatrique.

SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC

Les crédits de cette action réservés aux subventions pour charges de service public s'élèvent à 21 956 840 € en AE et CP.

Il est prévu une subvention pour charge de service public pour l'ensemble des 26 ARH de 19 631 240 € en AE et CP. Des éléments de justification complémentaires figurent dans la partie " Opérateurs " du projet annuel de performances du présent programme.

Les deux autres opérateurs bénéficiant d'une subvention pour charge de service public sont l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et le groupement d'intérêt public " Carte professionnel de santé " (GIP CPS).

L'ATIH a été créée par le décret n° 2000-1282 du 26 décembre 2000 afin d'optimiser les moyens à disposition du ministère chargé de la santé pour élaborer le système d'information nécessaire à la conduite de la politique hospitalière. Cet établissement public national à caractère administratif, placé sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, constitue une structure à vocation technique sur laquelle la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins peut s'appuyer pour élaborer les outils du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) et assurer l'exploitation des données recueillies auprès des établissements de santé. L'ATIH peut également assurer la mise en œuvre d'autres systèmes d'information sur l'hospitalisation. Depuis octobre 2002, elle est également engagée dans la réalisation du volet du programme " Hôpital 2007 " consacré à la prise en compte de l'activité des établissements hospitaliers dans la détermination de leurs moyens financiers et est donc à ce titre un acteur impliquée dans la mise en place de la tarification à l'activité des établissements (T2A).

La subvention de l'Etat en 2006 pour l'ATIH s'élève à 1 557 100 €.

Créé en 1993, le GIP CPS a pour objet de créer et de gérer les conditions garantissant l'indépendance et la responsabilité des différents acteurs du secteur sanitaire et social dans l'utilisation des cartes des professionnels de santé qui sont des cartes électroniques individuelle assurant la sécurisation des télétransmissions des documents liés à des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie. Ce GIP est constitué entre les différents acteurs concernés par l'identification des professionnels de santé : Etat, Ordres, régimes d'assurance maladie utilisateurs de Sesam-Vitale (CNAMTS, CCMSA, CANAM)

ainsi que des représentants de mutuelles et de syndicats professionnels. A l'initiative des membres du GIP, des missions d'intérêt commun relatives à la gestion des données des professionnels de santé peuvent être confiées au groupement.

La subvention du programme " Offre de soins " en 2006 pour le GIP CPS s'élève à 768 500 €.

Soit :

Subventions pour charge de service public	ARH	ATIH	GIP CPS	Titre 3 – catégorie 2
Autorisations d'engagement	19 631 240	1 557 100	768 500	21 956 840
Crédits de paiement	19 631 240	1 557 100	768 500	21 956 840

DÉPENSES D'INTERVENTION

Les crédits d'intervention de cette action couvrent des subventions d'investissement accordées dans le cadre de contrats de développement passés avec des collectivités d'outre-mer : Nouvelle Calédonie, Polynésie française, Wallis et Futuna. Ces crédits correspondent à 6 650 100 € d'autorisation d'engagement et à 8 223 100 € de crédits de paiement.

Ces financements concourent à la réhabilitation d'établissements de santé ou à l'édification de nouveaux bâtiments.

Échéancier des crédits de paiement associés aux autorisations d'engagement

	Autorisations d'engagement demandées pour 2006 et engagements antérieurs	Crédits de paiement	
		Demandés pour 2006	À ouvrir après 2006
Incidence des autorisations d'engagement demandées pour 2006	100.810.000	100.810.000	0
<i>Incidence des autorisations de programme engagées avant 2006 (Estimation*)</i>	<i>4.423.000</i>	<i>1.573.000</i>	<i>2.850.000</i>
Total pour le programme	105.233.000	102.383.000	2.850.000

* Estimation réalisée sur la base de la nomenclature de l'ordonnance organique de 1959.

Projet annuel de performances : Opérateurs

Récapitulation des crédits destinés aux opérateurs de l'État

Nature de la dépense	Exécution 2004		LFI 2005		PLF 2006	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Subventions pour charges de service public			21.021.822	21.021.822	21.956.840	21.956.840
Transferts ou dotations						
Totaux pour le programme			21.021.822	21.021.822	21.956.840	21.956.840

Consolidation des emplois

	Exécution 2004	Prévision 2005	Prévision 2006
Rappel des emplois (ETPT) rémunérés par le programme inclus dans le plafond d'emplois du ministère			
Emplois (ETPT) rémunérés par les opérateurs hors plafond d'emplois du ministère		312	314
Total général		312	314

Il est prévu en 2006 la création de 2 emplois pour l'ATIH.

Tableau des emplois des opérateurs – année 2004

Détail des emplois 2004 rémunérés par les opérateurs ou catégories d'opérateurs	Emplois en ETPT	A défaut : effectifs employés
ARH	266,3	
ATIH	46	
Total général	312,3	

Présentation des principaux opérateurs

Agences régionales d'hospitalisation

○ Présentation synthétique des missions de l'opérateur.

Les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de contrôler leur fonctionnement et de déterminer leurs ressources.

○ Compte tenu de leurs activités, les ARH contribuent aux activités des deux actions de politiques publiques du programmes Offre de soins et qualité du système de soins :

- Action 1 : Niveau et qualité de l'offre de soins ;
- Action 2 : Accessibilité de l'offre de soins.

La subvention pour charges de service public versée aux ARH est inscrite pour 2006, comme les autres opérateurs, dans une action soutien du programme (action 3).

○ Nature des liens avec l'opérateur.

Créées dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, les ARH sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elles sont constituées sous la forme de groupements d'intérêt public (GIP) entre l'Etat et des organismes d'assurance maladie. Les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) ainsi que les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) en sont membres de droit. Les ARH sont

administrées par une commission exécutive et dirigées par un directeur nommé en Conseil des ministres.

L'indicateur lié dans le projet annuel de performance du programme à l'objectif " Optimiser le pilotage de l'offre de soins " est directement bâti sur des objectifs fixés aux ARH dans le cadre de la contractualisation entre celles-ci et l'Etat.

Cette contractualisation entre le ministère de la santé et des solidarités (direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) et les ARH s'inscrit dans le cadre de la stratégie ministérielle de réforme et vise à conforter le pilotage des politiques par l'administration centrale.

La démarche, qui a débuté en 2004/2005 par une expérimentation avec cinq ARH représentatives de la diversité régionales (Bourgogne, Bretagne, Limousin, Lorraine, Provence Alpes Côte d'Azur), est actuellement en phase de généralisation à l'ensemble des agences. Toutes les ARH devraient être dotées d'un contrat en mars 2006.

Le processus de contractualisation contribue à un pilotage rénové des ARH. Il s'accompagnera d'un dialogue de gestion annuel entre les agences et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins donnant lieu à une revue annuelle du contrat et à un point sur le tableau de bord de pilotage mis en place dans ce cadre.

Financements de l'État

Action intéressée / nature de la dépense	Exécution 2004		LFI 2005		PLF 2006	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Action n° 03 : Soutien	19 211 239	19 211 239	19 211 239	19 211 239	19 631 240	19 631 240
Total	19.211.239	19.211.239	19 211 239	19 211 239	19 631 240	19 631 240

Budget prévisionnel de l'opérateur

(en milliers d'euros)

Ressources de l'opérateur				
Subventions de l'État	Autres subventions et dotations	Ressources fiscales	Ressources propres et autres	Total
19 211	8 624		1 034	28 869

(en milliers d'euros)

Dépenses de l'opérateur			
Personnel	Fonctionnement	Investissement	Total
20 950	7 074	845	28 869

Consolidation des emplois de l'opérateur

	Exécution 2004	Prévision 2005	Prévision 2006
Emplois (ETPT) rémunérés par l'opérateur		266,3	266,3
Autres emplois (ETPT) en fonction dans l'opérateur		61,4	61,4
Total des emplois de l'opérateur		327,7	327,7

Autres emplois (ETP) en fonction dans l'opérateur		MISE A DISPOSITION	
		Contre remboursement	Gratuite
ETAT			2
AUTRES :			
Caisses d'assurance maladie :	CNAMTS	4	37,8
	ERMS		10,8
	MSA		1
	Régime minier		1
Hôpital :	PSPH		1
	praticien hospitalier		0,6
	FPH	2,2	1
Total Autres		6,2	53,2
TOTAL ETAT + AUTRES :		6,2	55,2

Total autres emplois en fonction dans l'opérateur : 61,4 ETP

Projet annuel de performances : Coûts du programme et des actions

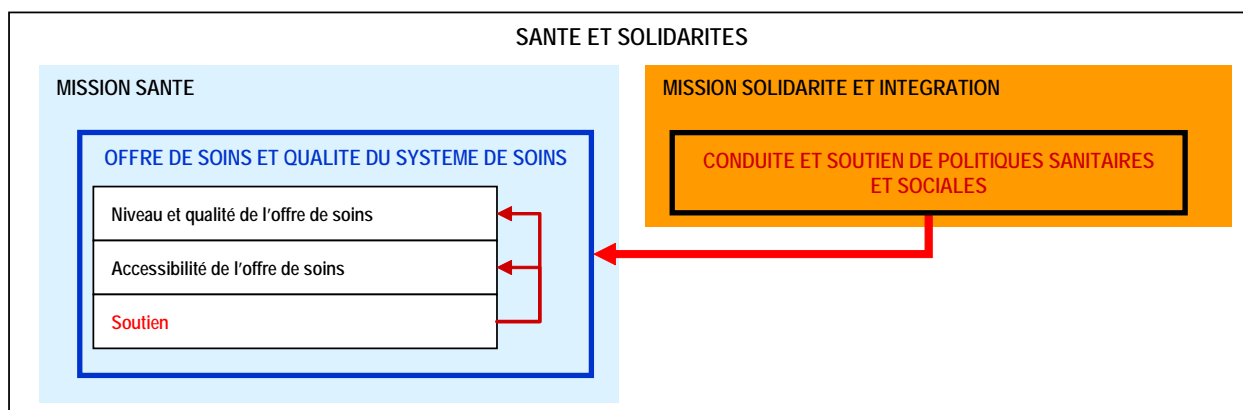
Avertissement

Sont décrites ici les dépenses prévisionnelles pour chaque action, après ventilation des crédits des actions et des programmes de conduite, pilotage, soutien ou de services polyvalents vers les actions de politique publique. Cette description comporte trois volets : la cartographie des liens vers ou depuis les actions du programme, un tableau de synthèse et les commentaires explicatifs. Les données ont été élaborées par les ministères en charge des programmes, en concertation avec le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie.

S'appuyant sur des principes et des méthodes définis au plan interministériel, la démarche adoptée pour ce premier exercice budgétaire en prévision s'est voulue pragmatique, faisant porter l'effort sur l'identification des enjeux pertinents en termes politiques et financiers. L'analyse des coûts doit être envisagée comme une démarche progressive, dont la précision évoluera au fil des exercices, dès lors que les phases d'exécution permettront de valider les méthodes et de se référer à des données comptables.

Schéma de déversement analytique du programme

Présentation des liens établis entre les actions du programme et d'autres programmes.



Présentation des crédits de paiement concourant à la mise en œuvre de la politique

Intitulé de l'action	Crédits prévus	Ventilation des crédits de soutien et/ou polyvalents		Crédits après ventilation
		au sein du programme	entre programmes	
Niveau et qualité de l'offre de soins	70.110.060	+15.477.470	+174.568.200	260.155.730
Accessibilité de l'offre de soins	1.218.000	+15.477.470	+3.391.079	20.086.549
Soutien	31.054.940	-30.954.940		100.000
Total	102.383.000	0	+177.959.279	280.342.279

Ventilation des crédits de soutien et/ou polyvalents vers (+) ou en provenance (-) d'autres programmes	-177 959 279
CONDUITE ET SOUTIEN DES POLITIQUES SANITAIRES ET SOCIALES (MISSION SOLIDARITE ET INTEGRATION)	-177 959 279

Observations

Modalités de ventilation des dépenses du programme

1/ Le présent programme bénéficie de la ventilation des dépenses du programme " *Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociale* " qui appartient à la mission " *Solidarité et intégration* " selon les clés explicitées dans ce programme.

Pour mémoire, les dépenses de l'action " *Soutien de l'administration sanitaire et sociale* " et celles de l'action " *Gestion des politiques sanitaires* " sont déversées dans les programmes de politique publique au prorata des ETP travaillés.

Les crédits de personnel, pour des raisons explicitées dans la présentation du programme " *Conduite et soutien* ", sont

répartis analytiquement entre les différents programmes de politique publique de la mission « *Santé* » en fonction des organigrammes réels des services centraux et déconcentrés.

2/ A l'intérieur du programme, ces dépenses sont réparties au prorata de la masse financière des actions.

Les dépenses d'état major et de statistiques, d'études et de recherche sont réparties, sauf affectation directe, au prorata de la masse financière des actions.

3/ Les dépenses de l'action " *Soutien* " du programme " *Offre de soins et qualité du système de soins* " sont réparties également entre les deux actions du programme.

Programme 136 : Drogue et toxicomanie

Présentation des crédits du programme et des dépenses fiscales associées

Présentation par action et titre des crédits demandés pour 2006

Autorisations d'engagement

Numéro et intitulé de l'action / sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total pour 2006	Fonds de concours attendus en 2006
01 Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif	12.130.000	18.500.000	30.630.000	1.200.000
02 Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi		5.500.000	5.500.000	
03 Coopération internationale		1.200.000	1.200.000	
Totaux	12.130.000	25.200.000	37.330.000	1.200.000

Crédits de paiement

Numéro et intitulé de l'action / sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total pour 2006	Fonds de concours attendus en 2006
01 Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif	12.130.000	18.500.000	30.630.000	1.200.000
02 Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi		5.500.000	5.500.000	
03 Coopération internationale		1.200.000	1.200.000	
Totaux	12.130.000	25.200.000	37.330.000	1.200.000

Présentation par action et titre des crédits votés pour 2005 (loi de finances initiale)

Autorisations d'engagement

Numéro et intitulé de l'action / sous-action		Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total pour 2005	Prévisions de fonds de concours 2005
01	Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif	12.800.000	18.000.000	30.800.000	
02	Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi		6.035.000	6.035.000	
03	Coopération internationale		1.200.000	1.200.000	
Totaux		12.800.000	25.235.000	38.035.000	

Crédits de paiement

Numéro et intitulé de l'action / sous-action		Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total pour 2005	Prévisions de fonds de concours 2005
01	Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif	12.800.000	18.000.000	30.800.000	
02	Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi		6.035.000	6.035.000	
03	Coopération internationale		1.200.000	1.200.000	
Totaux		12.800.000	25.235.000	38.035.000	

Présentation des crédits par titre et catégorie

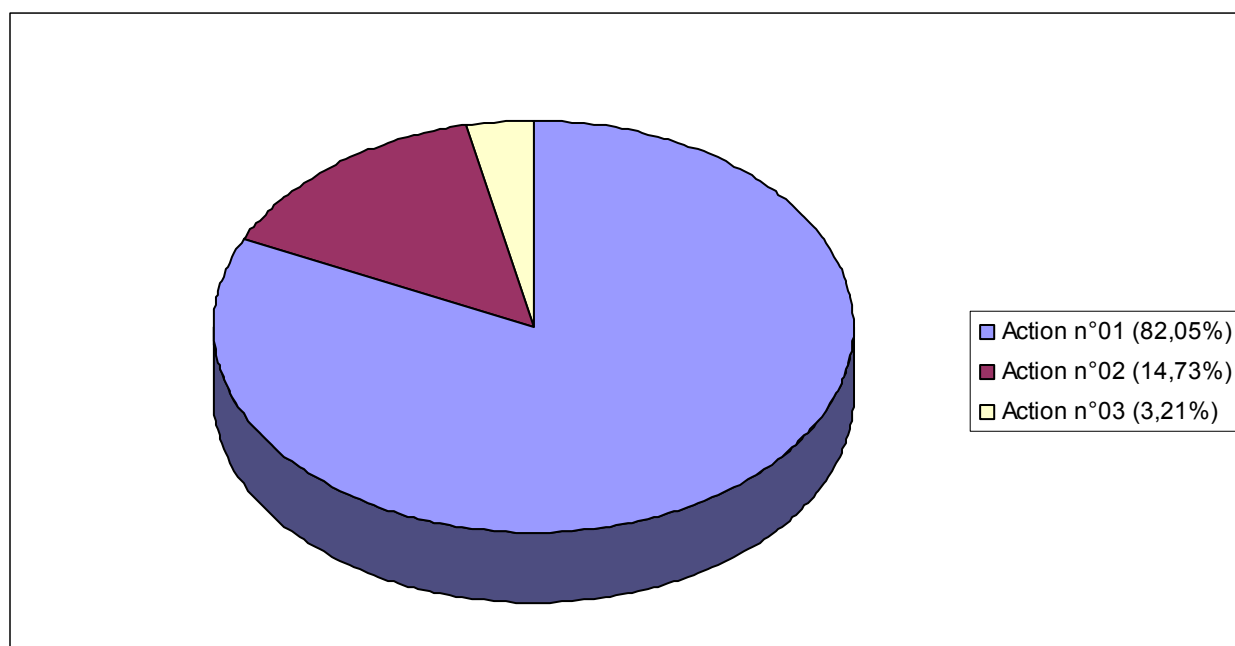
Titre et catégorie	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Consommées en 2004	Ouvertes en LFI pour 2005	Demandées pour 2006	Consommés en 2004	Ouverts en LFI pour 2005	Demandés pour 2006
Titre 3. Dépenses de fonctionnement		12.800.000	12.130.000		12.800.000	12.130.000
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel		3.800.000	3.130.000		3.800.000	3.130.000
Subventions pour charges de service public		9.000.000	9.000.000		9.000.000	9.000.000
Titre 6. Dépenses d'intervention		25.235.000	25.200.000		25.235.000	25.200.000
Transferts aux autres collectivités		25.235.000	25.200.000		25.235.000	25.200.000
Totaux hors fonds de concours prévus		38.035.000	37.330.000		38.035.000	37.330.000
<i>Fonds de concours</i>			1.200.000			1.200.000
Totaux y compris fonds de concours prévus		38.035.000	38.530.000		38.035.000	38.530.000

Projet annuel de performances : Présentation du programme, des actions, des objectifs et des indicateurs

Présentation par action des crédits demandés pour 2006

Numéro et intitulé de l'action		Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
01	Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif	30.630.000	30.630.000
02	Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi	5.500.000	5.500.000
03	Coopération internationale	1.200.000	1.200.000
Totaux		37.330.000	37.330.000

Répartition par action des autorisations d'engagement demandées pour 2006



Présentation du programme

• Présentation des finalités générales du programme

La drogue est aujourd'hui un problème majeur de santé publique et de sécurité, qui touche directement ou indirectement l'ensemble de la population française : en effet, aux dommages sanitaires et sociaux pour l'utilisateur s'ajoutent des dommages pour autrui et la collectivité (accidents, violence, délinquance). La politique de lutte contre les drogues vise donc à réduire les consommations et à réduire l'offre en utilisant tous les leviers de l'action publique et en mobilisant tous les acteurs.

Or, la question de la drogue reste aujourd'hui un sujet de société complexe qui recouvre de multiples volets, qu'il s'agisse de la prévention, de l'information, de la recherche, de la prise en charge sanitaire et sociale, de la lutte contre le trafic ou de la sécurité publique. Elle implique une vingtaine de départements ministériels et génère souvent des approches isolées et des prises de positions contradictoires, qui sont sources de blocages et de dysfonctionnements préjudiciables à l'efficacité et à la lisibilité de l'action publique.

Le Premier ministre a confié le soin à la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) de préparer le nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, pour une meilleure articulation des actions des différents ministères dans la lutte contre la toxicomanie. A l'issue de la réunion des ministres du 23 juin 2003, il a été précisé que le plan porté par la MILDT a pour objectif prioritaire de bâtir un programme autour d'une approche pragmatique, qui assure une forte cohérence interministérielle. Cette approche doit privilégier l'articulation des préoccupations de santé, d'ordre public et de prévention. Par ailleurs le Premier ministre a demandé expressément à la MILDT, par lettre de mission du 17 juillet 2004, de piloter l'ensemble du dispositif d'interdiction de fumer dans les lieux collectifs, afin d'améliorer le respect de la loi Evin en la matière.

Ce plan, validé le 24 juillet 2004 par le Premier ministre, vise à donner une nouvelle dynamique à la prévention, à mettre en place un système de soins plus accessible et plus diversifié, à redonner à la loi sa valeur dissuasive, à adapter le système répressif aux nouvelles formes de trafic, et à tendre à l'harmonisation des politiques européennes et internationales.

Dans ce cadre, la MILDT, à qui le décret du 15 septembre 1999 confie le rôle d'animation et de coordination des actions des ministères compétents en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie, a pour ambition, à travers son propre programme, de susciter l'implication de chaque ministère dans la mise en œuvre du plan et de veiller à la cohérence des actions tant au niveau national qu'international. En effet, la MILDT n'a pas vocation à intervenir directement dans la mise en œuvre des différentes problématiques liées à la lutte contre la drogue mais à impulser et coordonner les différents intervenants du champ en leur donnant les outils nécessaires à la conduite de leurs actions.

• Présentation de l'environnement dans lequel s'inscrit le programme

Ce programme, qui relève de la mission Santé, s'inscrit toutefois dans un environnement interministériel fort puisque la lutte contre la drogue implique une vingtaine de départements ministériels.

Par ailleurs, il doit aussi mobiliser les collectivités locales et les associations autour des objectifs du plan gouvernemental, qui constitue le cadre de référence du programme.

• Présentation du pilotage du programme

Le responsable du programme est le Président de la MILDT, mission interministérielle rattachée au Premier ministre.

L'optimisation du maillage territorial de la MILDT et de son pilotage s'appuie au niveau départemental sur la mise en place d'un binôme comprenant un chef de projet sous-préfet, afin de renforcer la légitimité interministérielle, et un coordonnateur issu d'un service déconcentré, qui apportera la compétence technique tandis qu'au niveau régional, le chef de projet du département chef-lieu de région assure la cohérence avec les schémas régionaux existants en s'appuyant sur les centres d'information et de ressources régionaux, qui constituent pour les acteurs locaux des appuis méthodologiques, documentaires et d'observation.

L'objectif du programme est aussi de conforter le pilotage local, en donnant aux chefs de projet la légitimité et les outils qui leur permettront d'être des relais efficaces de la politique nationale : ils devront coordonner les actions menées par les services déconcentrés et les traduire dans des plans territoriaux de lutte contre les drogues.

• Opérateurs participant à la mise en œuvre globale du programme ou de plusieurs actions

Le programme s'appuie sur quatre opérateurs : il s'agit des trois groupements d'intérêt public (GIP) et de l'association Toxibase financés par les crédits du programme, l'objectif à terme étant de trouver des cofinancements avec d'autres partenaires publics :

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

- le GIP OFDT (observatoire français des drogues et toxicomanies) qui assure la fonction d'observation des drogues et de diffusion des données ;

- le GIP CIFAD (centre interministériel de formation antidrogue à Fort de France) qui permet la diffusion des pratiques de lutte contre le trafic dans une zone géographique prioritaire (la zone des Caraïbes) ;

- l'association Toxibase qui assure le pilotage technique du volet documentaire des CIRDD.

• Présentation de la structuration en actions

Le programme s'articule autour de trois actions prioritaires :

- la coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif, tant au niveau national que territorial ;
- l'expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi ;
- la coopération européenne et internationale en matière de lutte contre le trafic et d'échange d'expériences.

Objectifs et indicateurs du programme

Introduction - Présentation stratégique :

• Contexte

La consommation de substances psychoactives est aujourd'hui un phénomène massif et multifactoriel, chaque produit ayant ses propres usagers et ses codes de consommation.

La consommation de cannabis n'a cessé de progresser et d'être de plus en plus précoce, au point qu'à l'âge de 18 ans, plus de la moitié des jeunes en ont fait l'expérience ; parmi ces derniers, 24 % des garçons et 9 % des filles ont un usage régulier.

Au cours des dix dernières années, de nouvelles drogues de synthèse sont apparues, consommées de façon sporadique dans un contexte d'usage particulier (polyconsommations en milieu festif).

Aujourd'hui, les consommations d'alcool restent supérieures au seuil défini par l'OMS et génèrent des comportements à risque pour la société (violence, accidents du travail, sécurité routière).

S'agissant du tabac, la moitié des jeunes de 18 ans fument, tandis que la non application de la loi Evin fait subir à une grande partie de la population un tabagisme passif de moins en moins accepté.

Par ailleurs, selon le rapport KOPP publié en 2001, le coût social total des drogues en France (alcool, tabac, drogues illicites) est estimé à 33 milliards d'€, soit une dépense par habitant de 566 € ou environ 2,7 % du PIB. Le coût social représente notamment les pertes de productivité (accidents, arrêt de travail...), les dépenses de santé, les dépenses de prévention et de recherche et les dépenses afférentes à l'activité des forces de police et de gendarmerie et des agents de la direction générale des douanes et des droits indirects, chargés d'assurer le respect de la loi.

• L'objectif général d'impact

Dans ce contexte, le nouveau plan gouvernemental vise à faire reculer la consommation des produits psychoactifs en mettant l'accent sur la spécificité de chacun de ces produits et en privilégiant les jeunes générations. Il vise aussi, parallèlement, à réduire l'offre par une efficacité accrue de la lutte contre les trafics.

Ce plan doit permettre d'accroître l'efficacité des leviers de l'action publique tant au plan national qu'international.

Il s'agit de proposer une véritable politique de prévention, de faire évoluer et respecter les législations sur l'alcool et le tabac, de communiquer en diffusant des repères clairs sur les risques de consommation, de lutter contre le trafic local et international, de mobiliser les dispositifs d'observation et de recherche, de recadrer l'action extérieure de la France dans la lutte contre la drogue.

Cette politique passe par le renforcement de la coordination interministérielle et des leviers transversaux d'action.

• Les objectifs du programme drogue et toxicomanie

La définition d'un nouveau plan ambitieux de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool implique une meilleure articulation entre les différents volets (prévention, soin, ordre public).

Le programme drogue et toxicomanie piloté par la MILDT s'inscrit dans cet objectif global conforme au décret du 15 septembre 1997, qui lui confie le rôle d'animation et de coordination des ministères compétents. Les objectifs retenus sont donc des objectifs secondaires relatifs à la capacité de la MILDT de mobiliser l'ensemble des partenaires institutionnels autour des objectifs du plan, de rendre plus lisible et plus cohérente la politique de lutte contre la drogue au niveau central et territorial, d'améliorer la pertinence des dispositifs expérimentaux d'intervention (la MILDT n'ayant pas vocation à les financer de façon pérenne) et celle des échanges internationaux en matière de lutte contre les drogues.

Présentation des actions



Action n° 01 : Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif

• Finalités propres de l'action

Afin de mieux articuler les trois approches de la lutte contre la drogue et de dépasser les cloisonnements et les diversités des cultures au sein des administrations, la MILDT impulsera et coordonnera la réflexion des acteurs publics en leur donnant au niveau national et déconcentré les outils interministériels nécessaires à la conduite d'une politique cohérente et lisible.

• Opérateurs participant à la mise en œuvre de l'action

La MILDT s'appuiera pour la mise en œuvre de cette action sur ses trois GIP, qu'elle finance en quasi-totalité et qui sont administrés par un conseil d'administration interministériel : le GIP de téléphonie DATIS pour les actions de prévention et de rappel de la loi, l'OFDT pour l'observation des évolutions des consommations et l'évaluation régulière des actions menées dans le cadre du plan, le CIFAD pour la diffusion des pratiques de lutte contre le trafic dans une zone géographique prioritaire. Elle s'appuie également sur l'association Toxibase pour constituer un réseau documentaire interministériel de haut niveau.

• Principales activités

-Coordination et pilotage national

La coordination interministérielle regroupe l'ensemble des outils communs nécessaires à la conduite des actions des ministères au service d'une politique cohérente de lutte contre les drogues.

Il s'agit par exemple à travers des formations inter-catégorielles communes aux différents acteurs de la prévention (policiers, gendarmes, personnels des établissements scolaires ou de clubs sportifs) de permettre à la fois le rappel de la loi et la prise de conscience sanitaire et sociale des conduites à risque.

Il s'agit également de s'appuyer sur un programme de recherche piloté par la MILDT, dont les priorités sont définies par un conseil scientifique et qui permet de lancer des appels d'offre auprès des établissements publics de recherche, de disposer d'expertises collectives permettant à tous les ministères d'avoir le même niveau d'information sur les effets des produits, les types de consommations, les marchés des substances illicites, les précurseurs chimiques et les déterminants socio-économiques des conduites à risque.

Le financement en matériel innovant et de pointe de lutte contre le trafic, mutualisable à l'ensemble des ministères répressifs, constitue également un volet important.

Cette action comporte par ailleurs un axe prioritaire autour du pilotage de la loi Evin dans tous les lieux publics (écoles, administrations, transports, entreprises, restaurants), qui implique une action coordonnée de nombreux ministères pour aboutir au respect de l'interdiction de fumer.

Par ailleurs, il a été créé un dispositif régional de centres d'informations et de ressources sur les drogues et les dépendances (CIRDD), dont les missions d'ingénierie sociale, d'observation et de documentation doivent répondre à l'ensemble des volets de la politique gouvernementale. Ce réseau des CIRDD, labellisé et piloté directement par la MILDT, se réorganise au niveau régional afin de mieux répondre aux besoins locaux et nationaux, de permettre une mise en commun des moyens et d'apporter un soutien méthodologique à ses chefs de projet et coordonnateurs.

-Pilotage local et maillage du territoire

Les priorités définies au niveau national sont relayées au niveau territorial par les chefs de projet drogues et dépendances et les coordonnateurs nommés par les préfets dans chaque département et qui devront être accompagnés d'un dispositif de coordination régionale permettant une mise en cohérence avec les schémas régionaux existants.

Il est demandé à ces chefs de projets de coordonner, sous l'autorité du préfet, les actions des services déconcentrés sur l'ensemble du champ des drogues. Leur mission se traduit par des programmes territoriaux axés autour :

- des conventions départementales d'objectifs passées entre les procureurs et les préfets, afin d'offrir dans le cadre des alternatives aux poursuites une prise en charge sanitaire et sociale des usagers sous main de justice ;
- d'actions de prévention scolaire, péri et extrascolaire, pour lesquelles ils devront notamment veiller à ce que les messages et actions en direction des jeunes soient validés, cohérents et comprennent tous les aspects législatifs sanitaires et sociaux ;
- d'actions locales liées au respect de la loi Evin dans les lieux publics ;
- d'actions coordonnées de lutte contre le trafic ;
- de toute action entrant dans les grands axes du plan gouvernemental.

Objectifs et indicateurs de l'action

Objectif n° 1 (du point de vue du citoyen) : Mobiliser l'ensemble des administrations et partenaires autour des objectifs du plan.

Le décret de 1997 confie à la MILDT la mission d'animer et de coordonner les actions des ministères compétents en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie. La définition d'un nouveau plan ambitieux de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool implique une mobilisation accrue autour des objectifs fixés par le Gouvernement ; les indicateurs retenus doivent permettre d'apprécier le niveau de mobilisation souhaité.

Par ailleurs le Premier ministre a demandé expressément à la MILDT, par lettre de mission du 17 juillet 2004, de piloter l'ensemble du dispositif d'interdiction de fumer dans les lieux collectifs, afin d'améliorer le respect de la loi Evin en la matière.

Cet objectif revêt une double dimension : il permet d'assurer la cohérence des différents axes de la lutte contre les drogues en dépassant les cloisonnements et oppositions des administrations pour développer une politique globale faisant coïncider les points de vue et donnant du sens à l'action publique et il facilite l'émergence d'une véritable politique publique de lutte contre les drogues s'appuyant sur l'ensemble des ressources administratives et mobilisant toutes les volontés.

Afin de mesurer l'atteinte de cet objectif, a été retenu un indicateur qui permettra d'apprécier la mobilisation des ministères et de leurs services déconcentrés autour du nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. L'indicateur destiné à mesurer l'engagement des administrations par rapport aux objectifs du plan vise à étudier les implications des programmes de chaque ministère dans le champ des drogues, à coordonner la réflexion des acteurs publics, à expérimenter des programmes innovants cofinancés par la MILDT et à évaluer la mise en œuvre et les résultats obtenus dans chaque domaine de façon à apprécier la contribution des divers leviers de l'action publique. Des indicateurs internes à la MILDT permettront dans le cadre du dialogue de gestion mis en œuvre entre la MILDT et son réseau territorial d'apprécier la capacité des chefs de projet départementaux à mobiliser les administrations déconcentrées autour de la création d'un plan départemental déclinant le plan gouvernemental sur ses trois volets, ainsi que de suivre à la demande expresse du Premier-ministre à la MILDT, l'amélioration du respect de l'interdiction de fumer dans les lieux publics, qui vise à apprécier la proportion de lieux publics et collectifs respectant la loi Evin en la matière, la priorité étant accordée aux établissements scolaires, avec comme objectif principal de réduire l'accès au tabac aux adolescents.

Indicateur n° 1 : Prise en compte des objectifs opérationnels du plan gouvernemental dans les stratégies de chaque ministère et de leurs services déconcentrés à travers la mise en oeuvre des instructions nationales

Nombre d'objectifs mis en oeuvre comparé au nombre total d'objectifs du plan

	2003	2004	2004	2005	2006	2008
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	cible
%			4	15	30	60

Précisions méthodologiques :

Sources des données : relevés de décision du comité interministériel, rapports annuels des programmes des ministères, comptes rendus des comités de pilotages interministériels. Collecte des objectifs opérationnels du plan et mise en forme des tableaux de bord réalisés par la MILDT avec l'ensemble des ministères et l'aide de l'OFDT.

L'indicateur est construit à partir des 60 objectifs opérationnels du plan gouvernemental.

Objectif n° 2 (du point de vue du citoyen et du contribuable) : Renforcer la cohérence de la politique publique au niveau central et territorial.

Cet objectif vise à renforcer le pilotage interministériel de la MILDT :

-Au niveau national, en soutenant financièrement l'ensemble des actions innovantes interministérielles menées par les administrations -présentées lors du comité de pilotage annuel de la MILDT - afin de rééquilibrer les actions de réduction de l'offre et de réduction de la demande en s'appuyant sur les trois leviers d'intervention que sont la prévention, le soin et le rappel de la loi.

-Au niveau territorial, l'ensemble des priorités définies au niveau national est relayé par les chefs de projets départementaux drogues et dépendances auxquels la MILDT demande, dans le cadre de leur mission de coordination et de cohérence des différentes politiques publiques de lutte contre la drogue, le tabac et l'alcool, de traduire les orientations gouvernementales par la mise en place de plans territoriaux drogues et dépendances articulés avec les différents dispositifs et schémas locaux existants.

-Au travers de son réseau d'opérateurs et de son réseau des CIRDD, la MILDT offre un ensemble d'outils communs d'information de formation et de connaissances nécessaire à la conduite des actions portées par les ministères et leurs services déconcentrés.

Cet objectif s'accompagne d'un ensemble de deux indicateurs, qui rend compte de l'implication et de l'adhésion des partenaires nationaux et locaux à la politique gouvernementale menée.

Indicateur n° 1 : Degré d'articulation du plan quinquennal et des plans territoriaux avec les autres dispositifs nationaux et locaux (santé publique, prévention de la délinquance, sécurité routière, contrats de plan, politique de la ville...)

	2003	2004	2004	2005	2006	2008
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	cible
Nombre de coopérations formalisées au niveau national avec les principaux plans nationaux entrant dans le champ.					4	9
Nombre de coopérations formalisées au niveau local avec les principaux plans territoriaux entrant dans le champ					252	505

Précisions méthodologiques :

Chaque année en fonction du nombre de plans (au sens large) existants nationaux et locaux.

Coopération formalisée : soit une convention, soit une mise en œuvre concertée au travers d'un COPIL

En cours actuellement et susceptible d'évolution.

Au niveau national : sur la base de 9 plans et dispositifs nationaux

Plan de cohésion sociale, plan violence, plan santé au travail, plan sécurité routière, plan égalité homme-femme, textes législatifs concernant les nouvelles formes de criminalité, plan santé publique, plan de lutte contre la violence en milieu scolaire, plan pilote 25 quartiers

Sources des données : COPIL national.

Au niveau local : sur la base de 5 plans et dispositifs territoriaux existants dans chacun des 101 départements

Contrat de plan, contrat de ville, GRSP, CLSPD, plan départemental de sécurité routière.....

Sources des données : rapport d'activité des chefs de projet.

Indicateur n° 2 : Effet levier des financements MILDT : capacité de la MILDT à susciter des financements additionnels

	2003	2004	2004	2005	2006	2008
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	cible
Part des crédits hors MILDT dans le financement des plans territoriaux MILDT (total)	%			30	50	60
dont crédits d'autres programmes	%			20	20	30
dont crédits d'autres partenaires publics	%			10	25	25
dont crédits de partenaires privés	%			0	5	5

Précisions méthodologiques : les plans territoriaux étant en cours d'élaboration en 2005, les prévisions 2005 et 2006 sont renseignées avec fragilité

Sources des données : Rapport d'activité des chefs de projet.



Action n° 02 : Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi

• Finalités propres de l'action

La MILDT n'a pas vocation à pérenniser sur son programme les dispositifs qui relèvent de la compétence des ministères.

En revanche, son programme doit lui permettre d'expérimenter sur quelques sites et pendant un laps de temps donné, pour le compte de ces ministères, de nouveaux modes de prévention, de rappel et de respect de la loi et de prise en charge sanitaire et sociale. Ces expérimentations font ensuite l'objet d'une évaluation.

Si l'évaluation se révèle positive, le programme prévoit que les ministères ou organismes concernés sont invités à reprendre les dispositifs jugés pertinents et à les inclure dans leurs propres dispositifs.

• Présentation des partenaires (et des co-financeurs)

Les partenaires et co-financeurs de l'action peuvent être, pendant la période de l'expérimentation, le réseau associatif, les organisations professionnelles, les collectivités, puis les ministères, les chefs de projet, l'assurance maladie, etc...

• Opérateurs participant à la mise en œuvre de l'action

Le GIP DATIS pour les dispositifs partenariaux de prévention ; le GIP OFDT pour l'aide méthodologique à l'évaluation des actions expérimentales menées.

• Principales activités

-Prévention

Le programme vise à expérimenter de nouveaux dispositifs innovants de prévention, 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 dans leurs lieux de vie quotidienne, à l'école et dans leur environnement socio-culturel et sportif.

La même approche ciblée se fera également en direction des organisations professionnelles et du milieu du travail, en visant en priorité les milieux les plus exposés afin de réduire les accidents du travail liés aux consommations.

-Respect de la loi

Le programme doit tester de nouveaux dispositifs permettant de sensibiliser les populations au respect de la loi : la prise en compte de la dimension drogue dans les zones urbaines sensibles, le lien avec la prévention de la délinquance, l'expérimentation de nouveaux dispositifs de rappel de la réglementation concernant les substances psychoactives dans l'apprentissage de la conduite et sur la route.

-Prise en charge

D'autres expérimentations sur la diversification de l'offre de soin seront lancées avec la création de communautés thérapeutiques, de programme spécifique crack.....

Objectifs et indicateurs de l'action

Objectif n° 3 (du point de vue du citoyen) : Améliorer la pertinence des dispositifs expérimentaux d'intervention.

La MILDT n'a pas vocation à financer de façon pérenne les dispositifs de prévention, de prise en charge, d'ordre public qui relèvent des ministères compétents. Son rôle consiste à expérimenter pour eux des programmes innovants, à les évaluer et à les faire reprendre, s'ils sont pertinents, par les intervenants institutionnels.

Afin de mesurer l'atteinte de cet objectif a été retenu un indicateur qui permettra de renseigner sur la capacité d'innovation et de pertinence des projets expérimentés ainsi que sur l'adhésion des autres administrations et partenaires aux dispositifs expérimentaux mis en œuvre. Un ensemble de référentiels d'évaluation, construit conjointement par les partenaires avec l'aide de l'OFDT, accompagné de comités de pilotage interministériel thématiques réguliers, permettent d'apprécier et de réorienter si nécessaire les projets.

Indicateur n° 1 : Nombre de reprises de dispositifs expérimentaux jugés pertinents par d'autres administrations et partenaires

Nombre de dispositifs repris

	2003	2004	2004	2005	2006	2007
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	cible
nombre				2	3	6

Précisions méthodologiques : Chaque année la MILDT définit le nombre de dispositifs expérimentaux du plan qu'elle va mettre en œuvre, elle estime la durée d'expérimentation nécessaire ainsi que les modalités de l'évaluation et les repreneurs potentiels du dispositif.

La MILDT fait le point en année n+1 sur la mise en œuvre du ou des dispositif(s) de l'année précédente.

Sources des données : MILDT.

Les référentiels d'évaluation - construits par la MILDT et les ministères concernés avec l'OFDT- intégreront un calendrier de transfert des compétences financières du budget de la MILDT à ceux des ministères ou des partenaires, afin de dégager les moyens financiers nécessaires à la reprise de l'expérimentation dans leur propre programme.



Action n° 03 : Coopération internationale

La lutte contre la drogue appelle une approche transnationale qui s'articule autour des axes suivants :

- œuvrer au rapprochement des politiques des Etats de l'Union européenne en matière de substances psychoactives, en dynamisant les diverses instances européennes traitant de la drogue et en développant la coopération en matière d'échange de bonnes pratiques ;
- participer plus activement aux débats en cours dans les autres enceintes internationales, en rappelant l'attachement de la France aux principes qui sous-tendent son action ;
- intensifier les contacts bilatéraux dans et hors de l'Union ;
- développer les actions d'assistance technique par voie directe et bilatérale ou par le biais des structures multilatérales en direction des pays qui n'ont pas encore adopté de dispositions anti-drogue et qui sont confrontés à des problèmes importants.

L'action doit permettre d'améliorer la connaissance du phénomène drogue dans le monde et d'accroître la coordination entre les ministères concernés.

Opérateurs participant à la mise en œuvre de l'action :

- le GIP CIFAD, qui organise des formations à la lutte contre le trafic, dans une zone sensible de la Caraïbe et d'Amérique latine ;
- le GIP OFDT est le point focal de l'Observatoire européen des drogues (OEDT) : à ce titre, il est également un opérateur de l'action en ce qui concerne l'observation des phénomènes, afin de permettre aux services concernés de réagir plus rapidement aux nouveaux trafics.

Principales activités :

-Actions communes de lutte contre le trafic international

Cette action vise à permettre aux ministères concernés de mieux se coordonner et de mutualiser leurs moyens afin de mener des actions communes de lutte contre le trafic en matière de réduction de l'offre et de réduction de la demande dans certaines zones géographiques sensibles : formations aux différentes techniques de fouille ou de ciblage dans des zones prioritaires, séminaires de sensibilisation aux trafics de précurseurs chimiques, sensibilisation des autorités des pays des zones prioritaires et formation de leurs fonctionnaires à la lutte contre la fabrication et le trafic de substances.

-Actions extérieures de la France en Europe et à l'international

-face au dénuement de certains pays confrontés à des problèmes graves, il convient de développer des actions d'assistance technique par le biais notamment de contributions à des programmes de l'ONU et de l'OMS : ces actions sont fondées sur une approche équilibrée associant réduction de l'offre et de la demande ;

-en Europe, les liens noués à l'occasion d'un jumelage avec de nouveaux pays membres de l'Union européenne doivent être approfondis afin de permettre à ces Etats d'intégrer les acquis communautaires et d'échanger sur les bonnes pratiques en matière de prévention, de traitement et de répression.

A cet effet il convient de favoriser les échanges des compétences et des expériences menées dans d'autres pays, avec l'objectif d'un rapprochement des politiques européennes.

Objectifs et indicateurs de l'action

Objectif n° 4 (du point de vue du citoyen) : Améliorer la pertinence des échanges internationaux en matière de lutte contre les drogues.

L'action internationale revêt une importance particulière dans la mesure où la lutte contre la drogue appelle une approche transnationale. La MILDT, par ce programme, s'attachera à aider les ministères à mieux intervenir dans les zones géographiques sensibles, à exporter l'expérience française et à mieux connaître les expériences étrangères et européennes.

Afin d'améliorer les résultats attendus des actions d'assistance technique internationales, menées conjointement par la MILDT et les ministères des affaires étrangères et de l'intérieur, un comité de pilotage de la coopération internationale définit pour une période de trois ans les zones géographiques prioritaires dans lesquelles des actions d'assistance technique sont requises. Une évaluation au terme de trois années est menée par les administrations, concernant les protocoles d'échange techniques mis en œuvre. Un suivi, à moyen et long terme, des retombées en matière de retour en sécurité intérieure est envisagé.

Indicateur n° 1 : Pertinence des actions coordonnées d'assistance technique dans les zones géographiques prioritaires

Taux de reprise de projets coordonnés mis en place dans les zones prioritaires, par les Etats ou les organismes internationaux

	2003	2004	2004	2005	2006	2008
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	cible
%				10	20	50

Précisions méthodologiques : zones prioritaires en 2005 : Etats de la CEI, Afrique, Amérique latine, Etats de la Caraïbe

Sources des données : Ministère des Affaires Etrangères, Ministère de l'Intérieur., direction des douanes, direction de la gendarmerie, CIFAD, chefs de projet de régions frontalières

Projet annuel de performances : Justification des crédits

Éléments transversaux au programme

N° et intitulé de l'action / sous-action	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Titre 2	Autres titres	Total	Titre 2	Autres titres	Total
01 Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif		30.630.000	30.630.000		30.630.000	30.630.000
02 Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi		5.500.000	5.500.000		5.500.000	5.500.000
03 Coopération internationale		1.200.000	1.200.000		1.200.000	1.200.000
Total		37.330.000	37.330.000		37.330.000	37.330.000

Dépenses de personnel (titre 2)

Effectifs et activité des services

Les dépenses de personnel figurent dans le programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » de la mission « Solidarité et intégration ».

Justification par action

Action n° 01 : Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif

Crédits demandés pour 2006

	<i>Hors titre 2</i>	<i>Total</i>
<i>Autorisations d'engagement</i>	<i>30.630.000</i>	<i>30.630.000</i>
<i>Crédits de paiement</i>	<i>30.630.000</i>	<i>30.630.000</i>

Justification des éléments de la dépense par nature

DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT

DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT COURANT DES MINISTÈRES MEMBRES DU COMITÉ INTERMINISTÉRIEL

Les crédits de fonctionnements de cette action permettent à la MILDT d'animer et de coordonner les actions des ministères compétents en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Ces dépenses ont pour objectif d'impulser la mise en œuvre des orientations gouvernementales en veillant à la cohérence des actions menées par les administrations.

Ces actions innovantes et/ou inter-administrations sont présentées et validées lors du comité interministériel annuel de la MILDT. Elles s'inscrivent dans une logique de rééquilibrage des actions de réduction de l'offre et de réduction de la demande en s'appuyant sur les trois leviers d'intervention que sont la prévention, le soin et l'application de la loi. Ces actions répondent aux priorités du plan gouvernemental que ce soit en terme de formations inter-catégorielles, d'équipement en moyens pédagogiques modernes, d'outils spécifiques aux agents chargés de l'application de la loi, d'actions de prévention en direction de publics cibles, de soutien à des études d'impact des politiques menées dans certains secteurs...

Ces crédits correspondent à 3,13 millions d'euros en AE et CP.

SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC

Il est prévu le versement par la MILDT d'une subvention pour charge de service public de 9 millions d'euros en AE et CP afin de financer les quatre opérateurs principaux du programme.

Ces subventions correspondent au paiement des charges de personnels pour 5,43 M€ (85 ETP), les 3,57 M€ de crédits consacrés au fonctionnement des structures permettent de mener à bien les activités qui participent à la mise en œuvre globale du programme drogue et toxicomanie ainsi qu'à plusieurs actions du programme.

Pour 2006, l'augmentation de 0,17 M€ (+1,9%) de la subvention globale aux opérateurs concerne les dépenses de fonctionnement et bénéficie principalement au GIP CIFAD qui voit sa dotation s'accroître de 0,11 M€ (+33%).

Le centre interministériel de formation anti drogue permet la diffusion des pratiques de lutte contre le trafic de stupéfiants à destination des services répressifs français en poste dans les DFA et des personnels répressifs des pays de la zone d'Amérique centrale et d'Amérique du sud. Suite à la décision prise lors du comité de pilotage de la MILDT de février 2005, il est prévu d'accroître la lisibilité du CIFAD dans l'ensemble de la zone en lui confiant le rôle de promoteur de l'ensemble des formations de haute technicité précédemment réalisées par les services des douanes et de la police nationale sur crédits de la MILDT. En effet, le GIP créé en 2003 devrait au terme du plan devenir un outil interministériel et de coopération internationale de référence justifiant par la même l'évolution de son statut juridique.

L'activité initiale du centre - qui offrait en 2004 une dizaine de formations à destination de 320 stagiaires dont un tiers originaire des pays de la zone - devrait voir doubler son offre de formations en proposant, à l'ensemble des services répressifs des pays de départ du trafic comme des personnels civil et militaire de l'Etat, des formations de pointe concernant aussi bien la surveillance du fret (aérien ou maritime...), la surveillance des passagers, l'initiation au blanchiment de capitaux, l'application des conventions internationales... Les formations organisées dans les DFA permettent au CIFAD d'être éligible au fonds de coopération régionaux (FCR) à hauteur de 0,1 M€.

Les trois autres opérateurs voient leurs dotations reconduites en 2006 ou très légèrement augmenter, ce qui est le cas de l'association Toxibase qui assure, en tant qu'opérateur du programme, la coordination technique du volet documentaire du réseau des CIRDD régionaux.

L'association Toxibase organise la mise à disposition de nombreuses bases documentaires à l'ensemble du réseau des CIRDD, dont plus de 33.500 références documentaires avec une progression d'environ 2.500 documents référencés par an. Elle gère également une base des outils de prévention qui comporte 687 références dont 44 validées par la commission de validation des outils de prévention mise en place par la MILDT. L'association édite une revue dont les abonnements lui permettent de bénéficier de ressources propres à hauteur de 0,03 M€. Pour 2006, l'association doit permettre la labellisation par la MILDT de 6 CIRDD régionaux supplémentaires et organiser un véritable réseau de ces 12 premiers CIRDD par un pilotage technique performant.

Le GIP DATIS est un groupement d'intérêt général interministériel de téléphonie qui a pour vocation de conseiller et de prévenir sur les consommations et de rappeler l'interdit. Le GIP reçoit en moyenne 1.200 appels / jour et traite environ 210 appels à contenu, l'Internet reçoit environ 500 demandes d'informations par mois. En 2005, à la demande de la MILDT, l'ouverture de ligne "écoute cannabis", qui a relayé la campagne menée par les pouvoirs publics, a généré durant cette campagne 44% d'appels supplémentaires à destination d'un large public (particulièrement des parents d'adolescent ayant de réels problèmes de consommation, des jeunes adultes souhaitant arrêter leur consommation...). Le maintien de la subvention 2006 au niveau de 2005 est lié à l'incidence des prochaines campagnes "cannabis" qui généreront un accroissement de l'activité similaire à celui de 2005.

Le GIP OFDT assure la publication régulière d'un état complet sur la situation des drogues en France (TENDANCES) ainsi que d'enquêtes périodiques sur les consommations (Baromètre santé, EROPP, ESCAPAD, ESPAD). Chaque année le GIP réalise une dizaine d'études inédites à la demande de la MILDT et des ministères membres du GIP. Point focal pour la France du réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies (REITOX), le GIP perçoit à ce titre une subvention de 0,11 M€ par an.

Des éléments de justification complémentaires figurent dans la partie "opérateurs" du projet annuel de performance.

DÉPENSES D'INTERVENTION

Les crédits d'intervention de cette action permettent à la MILDT d'impulser et de coordonner la réflexion des acteurs publics en leur donnant au niveau national et déconcentré les outils interministériels nécessaires à la conduite d'une politique cohérente et lisible. Ces dépenses d'intervention (titre 6 – catégorie 4) correspondent à 18,5 millions € en AE et CP.

Ces crédits d'intervention se décomposent en moyens consacrés à un programme de recherche piloté par la MILDT, dont les priorités sont définies par un conseil scientifique et qui permet de lancer des appels d'offre auprès des établissements publics de recherche, de disposer d'expertises collectives permettant à tous les ministères d'avoir le même niveau d'information sur les effets des produits, les types de consommations, les marchés des substances illicites, les déterminants socio-économiques des conduites à risques. Les crédits consacrés au programme de recherche correspondent à 1 million d'euros.

En outre, le nouveau réseau régional des CIRDD en cours de constitution nécessite une enveloppe de crédits à hauteur de 2,8 millions d'euros afin de mieux répondre aux besoins locaux et permettre une mise en commun des moyens. Un CIRDD, conforme au cahier des charges élaboré par la MILDT, représente en moyenne 4 ETP et un budget global de 300.000 €, financé en 2005 à hauteur de 75% par la MILDT, l'objectif étant d'arriver à 50% de cofinancement en 2008. 12 CIRDD labellisés sont prévus en 2006.

Enfin, il a été demandé aux chefs de projet, sous l'autorité du préfet, de rédiger des plans pluriannuels permettant de décliner au niveau départemental le « plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool ». A cette fin, les chefs de projet doivent veiller d'une part à la prise en compte des objectifs du plan gouvernemental dans leur propre plan, d'autre part à la cohérence des projets interministériels élaborés dans leur département et à l'articulation des plans départementaux de lutte contre la drogue et la toxicomanie avec les autres dispositifs locaux. La mise en œuvre de ces plans exige la poursuite de l'effort mené en 2005 et il est prévu une enveloppe pour 2006 de 14,7 millions d'euros.

Cette enveloppe a été calculée sur la base de critères épidémiologiques (population jeune, nombre d'interpellations à la législation sur les stupéfiants, taux de co-morbidité alcool et tabac), dans l'attente de la production des plans départementaux d'ici fin 2005. Ces plans construits autour d'objectifs et d'indicateurs permettront d'évaluer la pertinence des actions locales (déclinaison du plan, effet levier des crédits, articulation des trois volets).

Action n° 02 : Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi

Crédits demandés pour 2006

	Hors titre 2	Total
Autorisations d'engagement	5.500.000	5.500.000
Crédits de paiement	5.500.000	5.500.000

Justification des éléments de la dépense par nature

DÉPENSES D'INTERVENTION

Les crédits d'intervention de cette action permettent à la MILDT d'expérimenter sur quelques sites et pendant un laps de temps donné, pour le compte des ministères, de nouveaux modes de prévention, de rappel et de respect de la loi, de prise en charge sanitaire et sociale. Ces dépenses d'intervention (titre 6 – catégorie 4) correspondent à un montant de 5,5 millions € en AE et CP.

Ces crédits d'intervention se décomposent en financements déconcentrés permettant aux chefs de projet de soutenir des projets innovants à hauteur de 2,5 millions €. Au niveau national, l'appel à projet auprès du réseau associatif et le plan crack devrait représenter 3 millions.

Action n° 03 : Coopération internationale

Crédits demandés pour 2006

	Hors titre 2	Total
Autorisations d'engagement	1.200.000	1.200.000
Crédits de paiement	1.200.000	1.200.000

Justification des éléments de la dépense par nature

DÉPENSES D'INTERVENTION

Les crédits d'intervention de cette action couvrent l'approche transnationale de la lutte contre la drogue. Ils participent au développement de la coopération au sein des enceintes internationales, au développement d'actions d'assistances techniques par voie directe ou bilatérale en direction des pays qui n'ont pas encore adopté de dispositions anti drogue et qui sont confrontés à des problèmes importants. Ces crédits correspondent à 1,2 million d'euros (titre 6 – catégorie 4). Ils ont été calculés à partir des contributions volontaires aux organismes internationaux et au volume annuel consacré aux projets de coopération bilatérale dans les zones sensibles.

Échéancier des crédits de paiement associés aux autorisations d'engagement

	Autorisations d'engagement demandées pour 2006 et engagements antérieurs	Crédits de paiement	
		Demandés pour 2006	À ouvrir après 2006
Incidence des autorisations d'engagement demandées pour 2006	37.330.000	37.330.000	0
<i>Incidence des autorisations de programme engagées avant 2006 (Estimation*)</i>	0	0	0
Total pour le programme	37.330.000	37.330.000	0

* Estimation réalisée sur la base de la nomenclature de l'ordonnance organique de 1959.

Projet annuel de performances : Opérateurs

Récapitulation des crédits destinés aux opérateurs de l'État

Nature de la dépense	Exécution 2004		LFI 2005		PLF 2006	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Subventions pour charges de service public			9.000.000	9.000.000	9.000.000	9.000.000
Transferts ou dotations						
Totaux pour le programme			9.000.000	9.000.000	9.000.000	9.000.000

Consolidation des emplois

	Exécution 2004	Prévision 2005	Prévision 2006
Rappel des emplois (ETPT) rémunérés par le programme inclus dans le plafond d'emplois du ministère			
Emplois (ETPT) rémunérés par les opérateurs hors plafond d'emplois du ministère		95	95
Total général		95	95

Tableau des emplois des opérateurs – année 2004

Détail des emplois 2004 rémunérés par les opérateurs ou catégories d'opérateurs	Emplois en ETPT	A défaut : effectifs employés
Drogue Alcool Tabac Info Service	59	
Centre Interministériel de Formation Anti Drogue	0	
Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies	29	
Toxibase	6	
Total général	94	

Présentation des principaux opérateurs

Drogue Alcools Tabac Info Service

Le GIP DATIS est un GIP interministériel de téléphonie sociale ayant pour vocation de conseiller et de prévenir sur les consommations de substances psychoactives et de rappeler l'interdit

Le public peut trouver :

- une écoute, soutien et conseils liés aux usages ;
- une information sur les produits, les effets, les risques, la loi, les lieux d'accueil et de soins ;
- une orientation vers les organismes compétents dans le domaine de la prévention, des soins, de l'insertion et de la réduction des risques.

Les professionnels peuvent avoir accès à une base de données nationale, régulièrement actualisée, de tous les services spécialisés (coordonnées, activités, équipes...) Plus de 2.500 structures recensées : associations, institutions dans le domaine de l'information, de la prévention, de la réduction des risques et des soins.

Au titre de l'action 1 du programme "drogue et toxicomanie", le GIP DATIS est un des outils de communication grand public de la MILDT sur les trois volets de la politique publique : prévention, respect de la loi, prise en charge sanitaire. Dans le cadre sa fonction d'information, de soutien et de conseils, il décline les orientations portées par les différents plans gouvernementaux de lutte contre les drogues.

Créé en 1990, ce service téléphonique est placé sous l'autorité de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). La présidence du GIP est confié au président de la MILDT. L'Etat est représenté par les ministères en charge : de l'économie des finances et de l'industrie, de l'enseignement scolaire et de la jeunesse, de la justice, de la police nationale, de la santé, de l'action sociale et de la famille.

Financements de l'État

En milliers d'euros	Exécution 2004		LFI 2005		PLF 2006	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Action n° 01 :			4 679,5	4 679,5	4 679,5	4 679,5
Subventions pour charges de service public			4 679,5	4 679,5	4 679,5	4 679,5
Total			4 679,5	4 679,5	4 679,5	4 679,5

Budget prévisionnel 2006

(en milliers d'euros)

Ressources de l'opérateur				
Subventions de l'État	Autres subventions et dotations	Ressources fiscales	Ressources propres et autres	Total
4 679,5				4 679,5

(en milliers d'euros)

Dépenses de l'opérateur			
Personnel	Fonctionnement	Investissement	Total
3 543,1	1 072,8	63,6	4 679,5

Consolidation des emplois de l'opérateur

	Exécution 2004	Prévision 2005	Prévision 2006
Emplois (ETPT) rémunérés par l'opérateur		59,9	59,9
Autres emplois (ETPT) en fonction dans l'opérateur			
Total		59,9	59,9

Centre Interministériel de Formation Anti Drogue

Le CIFAD a pour objet d'organiser des actions de formation spécialisées en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances, principalement dans les domaines de la réduction de l'offre de drogue et de la lutte contre le blanchiment, mais également dans celui de la réduction de la demande.

Ces actions sont destinées :

- sur le plan national : aux personnels civils et militaires de l'Etat ainsi qu'aux personnels des collectivités territoriales et des hôpitaux, en poste dans les départements français d'Amérique, selon les procédures habituelles de formation continue ;
- sur le plan international : principalement aux personnels concernés des Etats de la Caraïbe et d'Amérique latine, selon les procédures habituelles de coopération internationale.

Le CIFAD coordonne ses activités avec les autres centres de formation anglophones et hispanophones de la zone. Il échange notamment des informations sur le contenu des modules pédagogiques avec les autres centres nationaux de formation.

Au titre de l'action n°1 du programme Drogue et toxicomanie, Le CIFAD est l'outil interministériel et de coopération internationale permettant la diffusion des pratiques de lutte contre le trafic de stupéfiants dans la zone prioritaire de l'arc antillais.

Par arrêté du 5 août 2003 approuvant la convention constitutive du GIP dénommé "centre interministériel de formation anti-drogues", le CIFAD est placé, sous l'autorité de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT)

L'Etat est représenté par les ministères chargés : de la santé, des affaires sociales, de la justice, de l'intérieur des affaires étrangères, de l'économie des finances et de l'industrie, de la défense, de l'outre-mer, de la coopération.

Financements de l'État

En milliers d'euros	Exécution 2004		LFI 2005		PLF 2006	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Action n° 01 :			350,0	350,0	516,5	516,5
Subventions pour charges de service public			350,0	350,0	516,5	516,5
Total			350,0	350,0	516,5	516,5

Budget prévisionnel 2006

(en milliers d'euros)

Ressources de l'opérateur				
Subventions de l'État	Autres subventions et dotations	Ressources fiscales	Ressources propres et autres	Total
516,0	100,0 (FCR)			616,0

(en milliers d'euros)

Dépenses de l'opérateur			
Personnel	Fonctionnement	Investissement	Total
4,7	602,7	8,6	616,0

Consolidation des emplois de l'opérateur

	Exécution 2004	Prévision 2005	Prévision 2006
Emplois (ETPT) rémunérés par l'opérateur		0,1	0,1
Autres emplois (ETPT) en fonction dans l'opérateur		12	12
Total		12,1	12,1

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

Dans le cadre de sa fonction de recherche et d'étude, le GIP OFDT oriente son programme d'actions en fonction des objectifs prioritaires de la politique publique en matière de lutte contre les drogues.

A cet effet, il lui a été demandé de mettre en place des études ciblées sur les consommations de cannabis ainsi que préparer l'évaluation du plan gouvernemental.

Au niveau européen, L'OFDT est, pour la France, l'organisme relais (le point focal) du réseau REITOX (Réseau Européen d'Information sur les drogues et les Toxicomanies), mis en place par l'Observatoire Européen des Drogues et des toxicomanies (OEDT).

Au titre de l'action n°1 du programme Drogue et toxicomanie, l'OFDT apporte les éléments de réflexions et de connaissances, scientifiquement validés, à l'ensemble des

acteurs publics afin de mieux articuler les trois approches de la lutte contre la drogue nécessaires à la conduite d'une politique cohérente et lisible.

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) est un Groupement d'Intérêt Public interministériel (GIP) opérationnel depuis octobre 1995 placé, sous l'autorité de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT).

L'Etat est représenté par les ministères concernés par la lutte contre la drogue et les toxicomanies : Emploi et Solidarité, Santé, Ville, Justice, Défense, Intérieur, affaires étrangères, Economie finances et Industrie, Jeunesse et sports, Education nationale et Recherche.

Financements de l'État

En milliers d'euros	Exécution 2004		LFI 2005		PLF 2006	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Action n° 01 :	3 018,6	3 018,6	3 353,9	3 353,9	3 353,9	3 353,9
Subventions pour charges de service public	3 018,6	3 018,6	3 353,9	3 353,9	3 353,9	3 353,9
Total	3 018,6	3 018,6	3 353,9	3 353,9	3 353,9	3 353,9

Budget prévisionnel 2006

(en milliers d'euros)

Ressources de l'opérateur				
Subventions de l'État	Autres subventions et dotations	Ressources fiscales	Ressources propres et autres	Total
3 353,9	110,0 (subv REITOX)		15,0	3 478,9

(en milliers d'euros)

Dépenses de l'opérateur			
Personnel	Fonctionnement	Investissement	Total
1 570,0	1 778,9	130,0	3 478,9

Consolidation des emplois de l'opérateur

	Exécution 2004	Prévision 2005	Prévision 2006
Emplois (ETPT) rémunérés par l'opérateur	29	29	29
Autres emplois (ETPT) en fonction dans l'opérateur	1	1	1
Total	30	30	30

Toxibase

L'association Toxibase a été créée en 1986 à la demande des pouvoirs publics afin de créer et d'animer un réseau documentaire sur le thème des drogues, destiné aux professionnels de la prévention et des soins.

Il s'agit encore aujourd'hui de la seule structure qui remplit cette mission, son champ s'est d'ailleurs élargi à la base de données législative et juridique.

Toxibase est financé à 100% par la MILDT (450 000 euros par an)

Au titre de l'action n° 01 du programme Drogue et toxicomanie, L'association Toxibase apporte les

connaissances et les outils nécessaires au montage de projets dans le domaine de la lutte contre les drogues.

Dans le cadre de la réorganisation territoriale de la MILDT, Toxibase devient le pilote technique de la fonction documentaire des CIRDD régionaux, sur la base d'un cahier des charges rédigé par la MILDT et dont la mise en œuvre lui a été confié.

Toxibase est l'outil documentaire sur les 3 volets de la politique publique : prévention, respect de la loi, prise en charge sanitaire.

Financements de l'État

	Exécution 2004		LFI 2005		PLF 2006	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Action n° 01 :	431,7	431,7	442,0	442,0	450,0	450,0
Subventions pour charges de service public	431,7	431,7	442,0	442,0	450,0	450,0
Total	431,7	431,7	442,0	442,0	450,0	450,0

Budget prévisionnel 2006

(en milliers d'euros)

Ressources de l'opérateur				
Subventions de l'État	Autres subventions et dotations	Ressources fiscales	Ressources propres et autres	Total
442,0			33,0 (vente revues)	475,0

(en milliers d'euros)

Dépenses de l'opérateur			
Personnel	Fonctionnement	Investissement	Total
318,0	157,0		475,0

Consolidation des emplois de l'opérateur

	Exécution 2004	Prévision 2005	Prévision 2006
Emplois (ETPT) rémunérés par l'opérateur	6,4	6,4	6,4
Autres emplois (ETPT) en fonction dans l'opérateur			
Total	6,4	6,4	6,4

Projet annuel de performances : Coûts du programme et des actions

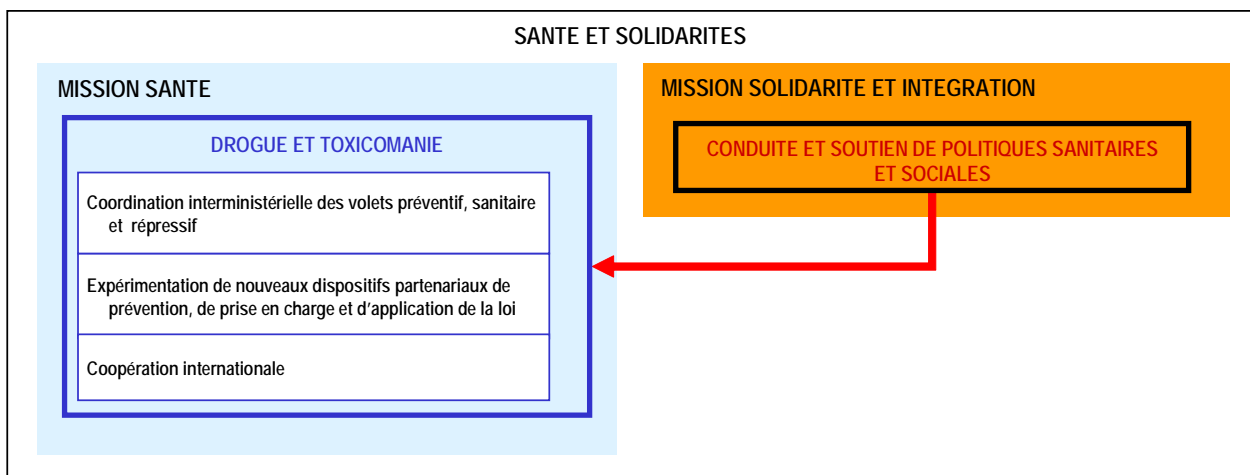
Avertissement

Sont décrites ici les dépenses prévisionnelles pour chaque action, après ventilation des crédits des actions et des programmes de conduite, pilotage, soutien ou de services polyvalents vers les actions de politique publique. Cette description comporte trois volets : la cartographie des liens vers ou depuis les actions du programme, un tableau de synthèse et les commentaires explicatifs. Les données ont été élaborées par les ministères en charge des programmes, en concertation avec le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie.

S'appuyant sur des principes et des méthodes définis au plan interministériel, la démarche adoptée pour ce premier exercice budgétaire en prévision s'est voulue pragmatique, faisant porter l'effort sur l'identification des enjeux pertinents en termes politiques et financiers. L'analyse des coûts doit être envisagée comme une démarche progressive, dont la précision évoluera au fil des exercices, dès lors que les phases d'exécution permettront de valider les méthodes et de se référer à des données comptables.

Schéma de déversement analytique du programme

Présentation des liens établis entre les actions du programme et d'autres programmes.



Présentation des crédits de paiement concourant à la mise en œuvre de la politique

Intitulé de l'action	Crédits prévus	Ventilation des crédits de soutien et/ou polyvalents		Crédits après ventilation
		au sein du programme	entre programmes	
Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif	30.630.000		+8.356.284	38.986.284
Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi	5.500.000		+1.500.475	7.000.475
Coopération internationale	1.200.000		+327.376	1.527.376
Total	37.330.000		+10.184.135	47.514.135

Ventilation des crédits de soutien et/ou polyvalents vers (+) ou en provenance (-) d'autres programmes	-10 184 135
CONDUITE ET SOUTIEN DES POLITIQUES SANITAIRES ET SOCIALES (MISSION SOLIDARITE ET INTEGRATION)	-10 184 135

Observations

Modalités de ventilation des dépenses du programme

1/ Le présent programme bénéficie de la ventilation des dépenses du programme “ *Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales* ” qui appartient à la mission “ *Solidarité et intégration* ” selon les clés explicitées dans ce programme.

Pour mémoire, les dépenses de l'action “ *Soutien de l'administration sanitaire et sociale* ” et celles de l'action “ *Gestion des politiques sanitaires* ” sont déversées dans les programmes de politique publique au prorata des ETP travaillés.

Les crédits de personnel, pour des raisons explicitées dans la présentation du programme “ *Conduite et soutien* ”, sont répartis analytiquement entre les différents programmes de politique publique de la mission « *Santé* » en fonction des organigrammes réels des services centraux et déconcentrés.

2/ A l'intérieur du programme, ces dépenses sont réparties au prorata de la masse financière des actions.

Les dépenses d'état major et de statistiques, d'études et de recherche sont réparties, sauf affectation directe, au prorata de la masse financière des actions.