

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

BUDGET GÉNÉRAL
MISSION MINISTÉRIELLE
PROJETS ANNUELS DE PERFORMANCES
ANNEXE AU PROJET DE LOI DE FINANCES POUR

2017

SANTÉ



NOTE EXPLICATIVE

Cette annexe au projet de loi de finances est prévue par l'article 51-5° de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (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 (PAP) des programmes qui lui sont associés.

Cette annexe par mission récapitule les crédits (y compris les fonds de concours et attributions de produits attendus) demandés pour 2017 en les détaillant par programme, action, titre et catégorie.

Elle inclut une présentation de la programmation pluriannuelle des crédits de la mission, de leur évolution et des principales réformes sur la période 2015-2017.

Suite aux modifications apportées à la maquette missions/programmes/actions dans le cadre de la construction du projet de loi de finances pour 2017 et afin de permettre une analyse des écarts avec la loi de finances pour 2016, il a été décidé de retraiter, lorsque cela était nécessaire, les données de la loi de finances pour 2016 dans les documents budgétaires annexés au projet de loi de finances pour 2017.

Chaque programme constitutif de la mission est ensuite détaillé. Les parties relatives aux programmes comprennent les éléments suivants :

■ La présentation des crédits 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 et attributions de produits attendus en 2017 est précisée.

Le cas échéant, les dépenses fiscales rattachées au programme sont indiquées ainsi que leur évaluation (qui figure également dans le tome 2 de l'annexe « Voies et moyens »).

■ Le projet annuel de performances qui regroupe :

- la présentation stratégique du programme ;
- la présentation des objectifs et des indicateurs de performance ;
- la justification au premier euro des crédits qui développe le contenu physique et financier du programme ainsi que les déterminants de la dépense et présente un échéancier des crédits de paiement associés aux autorisations d'engagement ;
- une présentation des principaux opérateurs et de leurs emplois ;
- la présentation des crédits complets pour chaque action et programme de politique publique et de leur méthode de calcul.

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.

TABLE DES MATIÈRES

Mission

SANTÉ 7

Présentation de la programmation pluriannuelle 8

Récapitulation des crédits 11

Analyse des coûts 14

Programme 204

PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS 17

Présentation stratégique du projet annuel de performances 18

Objectifs et indicateurs de performance 22

Présentation des crédits et des dépenses fiscales 28

Justification au premier euro 33

Opérateurs 60

Programme 183

PROTECTION MALADIE 91

Présentation stratégique du projet annuel de performances 92

Objectifs et indicateurs de performance 93

Présentation des crédits et des dépenses fiscales 96

Justification au premier euro 100

MISSION

SANTÉ

Présentation de la programmation pluriannuelle	8
Récapitulation des crédits	11
Analyse des coûts	14

PRÉSENTATION DE LA PROGRAMMATION PLURIANNUELLE

■ PRÉSENTATION STRATÉGIQUE DE LA MISSION

Le Gouvernement mène une politique globale en matière de santé dont les objectifs sont de développer la politique de prévention, d'assurer la sécurité sanitaire et d'organiser une offre de soins de qualité de façon égale et adaptée entre nos concitoyens et entre les territoires.

Si les résultats obtenus par la France dans le domaine sanitaire la placent dans le peloton de tête des pays développés, ils masquent cependant d'importantes disparités tant sociales que territoriales. Le système de santé doit aussi faire face aux mutations que représentent l'augmentation des maladies chroniques, le vieillissement de la population, l'évolution des attentes des patients et les progrès scientifiques. Pour préserver l'un des systèmes de santé les plus efficaces, le Gouvernement est déterminé, dans le cadre de la stratégie nationale de santé, à mobiliser tous les acteurs pour réduire ces inégalités et sauvegarder le système de prise en charge solidaire, sur la base d'une vision coordonnée du système de santé et dans le cadre d'une logique de parcours intégrant la question des déterminants de santé. Face au contexte économique actuel, une refondation est donc nécessaire pour relever les grands enjeux de la politique de santé.

La stratégie nationale de santé (SNS) a abouti à la promulgation de la loi de modernisation du système de santé (LMSS) en janvier 2016 afin de le rendre plus juste et plus efficace et pour qu'il réponde au mieux aux besoins et aux attentes de la population française. Cette loi engage la modernisation du système de santé tout en renforçant la prévention, en recentrant les systèmes de soins sur le principe de proximité avec le médecin traitant référent et en développant les droits pour les patients.

La création de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) en mai 2016 constitue également l'une des mesures fortes s'inscrivant dans la loi de modernisation du système de santé. Cette nouvelle agence, réunissant l'Institut national de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et l'Établissement de préparation et de réponses aux urgences (EPRUS), permet de doter la France d'un établissement d'excellence regroupant les missions de santé publique au service de la population sur l'ensemble du champ sanitaire (prévention, promotion, veille, surveillance et intervention en situation de crise).

La mission « Santé » se compose de deux programmes placés sous l'autorité de la ministre des affaires sociales et de la santé. Il s'agit d'une part du programme 204, relatif à la prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins, sous la responsabilité de monsieur Benoît Vallet, directeur général de la santé ; d'autre part du programme 183, qui traite de la protection maladie, sous la responsabilité de monsieur Thomas Fatome, directeur de la sécurité sociale.

Le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » contribue à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, avec la mise en place de plans et de programmes de santé pilotés au niveau national par la direction générale de la santé (DGS) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Les agences sanitaires apportent par ailleurs leur concours à la réalisation des objectifs de santé publique. À ce titre, le programme 204 leur verse une subvention pour charges de service public.

Au niveau régional, les agences régionales de santé (ARS) assurent le pilotage global des dépenses médico-sociales et de santé. Chaque agence élabore un projet régional de santé (PRS) en tenant compte des priorités nationales et des objectifs fixés par son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). En 2017, les nouveaux PRS tiennent compte du périmètre des agences résultant de la réforme territoriale et des priorités issues de la LMSS. En outre, les crédits du programme destinés aux ARS sont transférés à l'assurance maladie afin d'unifier autour d'un financeur unique la contribution au Fond d'intervention régional.

Le programme 204 contribue aussi au financement de la politique de sécurité sanitaire puisqu'il garantit une réponse adaptée face aux événements sanitaires de grande ampleur.

■ ÉVOLUTION DES CRÉDITS

Plafonds de la mission

(en millions d'euros)

	LFI 2015 <i>hors contribution de l'État au CAS pensions</i>	LFI 2016 <i>hors contribution de l'État au CAS pensions</i>	PLF 2017 <i>hors contribution de l'État au CAS pensions</i>	PLF 2017
Plafond des autorisations d'engagement	1 269	1 316	1 255	1 255
Plafond des crédits de paiement	1 269	1 317	1 256	1 256

■ PRINCIPALES RÉFORMES

Les dispositifs relevant de la mission « Santé » sont maintenus en 2017, avec un effort soutenu sur l'ensemble des actions permettant aux acteurs d'approfondir l'efficacité de leurs pratiques et la performance de leurs activités.

S'agissant de la prévention, de la sécurité sanitaire et de l'offre de soins

L'architecture budgétaire du programme 204 a été ajustée afin de prendre en compte les changements dans la mise en œuvre des missions qui lui sont rattachées.

En 2017, la réflexion sera poursuivie en lien avec chacun des opérateurs, dans le respect des missions qui leur sont confiées, afin d'améliorer leur pilotage et de permettre qu'ils participent pleinement aux efforts requis dans le cadre de la programmation pluriannuelle des finances publiques pour le triennal 2015-2017. En cohérence avec les priorités d'action arrêtées dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé et du projet stratégique de la DGS 2017-2019, l'investissement de la direction sera renforcé pour développer la prévention et la promotion de la santé, garantir la sécurité et la qualité des pratiques et des soins et améliorer la gestion des risques sanitaires, environnementaux et alimentaires.

S'agissant de la protection maladie

Le programme 183 « Protection maladie » finance principalement l'aide médicale de l'État (AME) pour les étrangers en situation irrégulière, dont la gestion est assurée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et contribue au financement de l'indemnisation des victimes de l'amiante grâce au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). L'évolution de la dotation du programme pour l'exercice 2017 est liée à l'augmentation des dépenses d'aide médicale de l'État (+ 76,6 M€ par rapport à la LFI 2016), compte tenu de la progression tendancielle des effectifs qui en demeure le déterminant essentiel de cette dépense.

La réforme de la tarification hospitalière, qui a consisté à supprimer en 2015 les coefficients de majoration des tarifs liés à l'activité (dite « T2A ») a permis sur les derniers exercices une minoration de la dépense de plus de 60 M€ en cumul.

■ OBJECTIFS ET INDICATEURS LES PLUS REPRÉSENTATIFS DE LA MISSION

L'une des grandes priorités de la mission est d'améliorer l'état de santé général de la population. L'information et l'éducation du public en matière de risques sanitaires en constitue l'un des principaux leviers. Cette sensibilisation contribue à la diminution de pathologies graves, à la fois par la prévention et par l'identification précoce des symptômes de ces maladies.

Le maintien en 2017 de l'indicateur de performance au niveau de la mission répond ainsi à l'objectif de suivi de l'état de santé de la population française en cohérence avec les enjeux de politique de santé publique.

Les indicateurs retenus pour le programme 204 portent sur le dépistage de pathologies à forte morbidité/mortalité telles que le cancer mais aussi sur un déterminant majeur de mortalité prématurée, le tabac, pour lequel les conséquences

Santé

Mission

PRÉSENTATION DE LA PROGRAMMATION PLURIANNUELLE

peuvent être en quasi-totalité évitées. L'objectif poursuivi est de prévenir le développement de ces pathologies le plus tôt possible et d'assurer à toute la population un même accès aux soins.

L'autre priorité de la mission est la prévention et la maîtrise des risques sanitaires par la réduction des risques liés à des facteurs environnementaux dont la dégradation a un fort impact sur la santé humaine. À ce titre, l'un des indicateurs majeurs porte sur la qualité de l'eau du robinet pour lequel une modification de l'intitulé est envisagée afin d'être en cohérence avec l'évolution des indicateurs CPOM.

Il convient enfin de préciser que pour les indicateurs de programme, sauf exception mentionnée et expliquée dans les commentaires, les cibles 2017 ont été fixées en début de triennal.

OBJECTIF MSA.1 : Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé

Indicateur MSA.1.1 : Etat de santé perçue - Pourcentage de la population de 16 ans et plus se déclarant en bonne ou très bonne santé générale

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2014 Réalisation	2015 Réalisation	2016 Prévision PAP 2016	2016 Prévision actualisée	2017 Prévision	2017 Cible
Etat de santé perçue - répartition par genre et par classe d'âge	%	68,1	ND	ND	ND	ND	ND

Précisions méthodologiques

Source des données : enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV-SILC, INSEE- Eurostat 2012).

Mode de calcul : compilation des données issues des informations recueillies lors d'enquêtes déclaratives.

Il s'agit d'une auto-évaluation de la santé qui permet de construire un indicateur synthétique reflétant la distribution des personnes selon qu'elles se déclarent en très bonne, bonne, assez bonne, mauvaise ou très mauvaise santé. Cet indicateur global permet de recouvrir des mesures souvent non prises en compte comme la gravité des maladies, des dimensions psychologiques, culturelles ou sociales.

Les données de l'année N ne sont disponibles qu'en fin d'année de l'année N+1. Le résultat 2015 n'est donc pas connu à date.

RÉCAPITULATION DES CRÉDITS

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 2016	Demandées pour 2017	FDC et ADP attendus en 2017	Ouverts en LFI pour 2016	Demandés pour 2017	FDC et ADP attendus en 2017
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	496 825 083	431 779 516	18 000 000	498 125 083	433 079 516	18 000 000
11 – Pilotage de la politique de santé publique	91 385 132	187 704 970		91 385 132	187 704 970	
12 – Santé des populations (<i>libellé modifié</i>)	25 477 005	1 142 000		25 477 005	1 142 000	
13 – Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins (<i>ancien</i>)	6 896 700			6 896 700		
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	52 121 186	55 942 546		52 121 186	55 942 546	
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation (<i>libellé modifié</i>)	19 140 987	19 369 843		19 140 987	19 369 843	
16 – Veille et sécurité sanitaire (<i>libellé modifié</i>)	11 300 197	1 365 674		11 300 197	1 365 674	
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins (<i>libellé modifié</i>)	131 517 896	130 312 389		131 517 896	130 312 389	
18 – Projets régionaux de santé	124 543 886	0		124 543 886	0	
19 – Modernisation de l'offre de soins	34 442 094	35 942 094	18 000 000	35 742 094	37 242 094	18 000 000
183 – Protection maladie	752 430 028	823 213 193		752 430 028	823 213 193	
02 – Aide médicale de l'Etat	739 030 028	815 213 193		739 030 028	815 213 193	
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	13 400 000	8 000 000		13 400 000	8 000 000	

RÉCAPITULATION DES CRÉDITS PAR PROGRAMME ET TITRE

Numéro et intitulé du programme et du titre	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Ouvertes en LFI pour 2016	Demandées pour 2017	FDC et ADP attendus en 2017	Ouverts en LFI pour 2016	Demandés pour 2017	FDC et ADP attendus en 2017
204 / Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	496 825 083	431 779 516	18 000 000	498 125 083	433 079 516	18 000 000
Titre 3. Dépenses de fonctionnement	301 030 001	358 315 255		301 030 001	358 415 255	
Titre 6. Dépenses d'intervention	195 795 082	73 464 261	18 000 000	197 095 082	74 664 261	18 000 000
183 / Protection maladie	752 430 028	823 213 193		752 430 028	823 213 193	
Titre 6. Dépenses d'intervention	752 430 028	823 213 193		752 430 028	823 213 193	
Total pour la mission	1 249 255 111	1 254 992 709	18 000 000	1 250 555 111	1 256 292 709	18 000 000
dont :						
Titre 3. Dépenses de fonctionnement	301 030 001	358 315 255		301 030 001	358 415 255	
Titre 6. Dépenses d'intervention	948 225 110	896 677 454	18 000 000	949 525 110	897 877 454	18 000 000

RÉCAPITULATION DES EMPLOIS PAR PROGRAMME

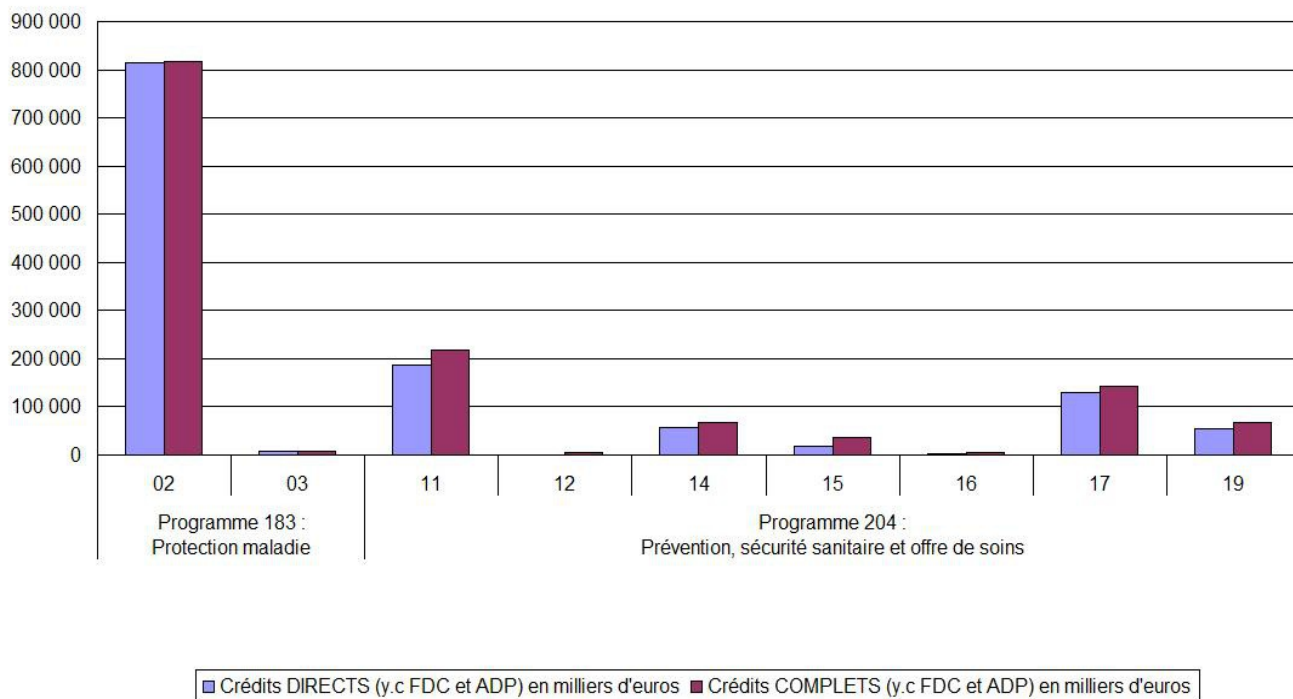
	LFI 2016				PLF 2017					
Numéro et intitulé du programme	ETPT	dont ETPT opérateurs rémunérés par le programme	ETPT rémunérés par les opérateurs			ETPT	dont ETPT opérateurs rémunérés par le programme	ETPT rémunérés par les opérateurs		
			sous plafond	hors plafond	Total			sous plafond	hors plafond	Total
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins		0	1 691	105	1 796			2 253	93	2 346
Total		0	1 691	105	1 796			2 253	93	2 346

ANALYSE DES COÛTS

Note explicative

La comptabilité d'analyse des coûts est destinée à analyser les coûts des différentes actions engagées dans le cadre des programmes (art. 27 de la LOLF). Elle est mise en œuvre par les ministères, les services du contrôle budgétaire et comptable ministériel (SCBCM) et la direction du budget. Elle présente les crédits complets par action des programmes, déterminés après ventilation des crédits indirects associés aux actions de conduite et de pilotage, de soutien et de services polyvalents vers les seules actions de politique publique, et cela afin de présenter l'ensemble des moyens budgétaires affectés directement et indirectement à la réalisation de ces actions. Ces déversements sont internes ou extérieurs au programme observé, voire à la mission de rattachement et s'appuient sur les données issues de la comptabilité budgétaire.

COMPARAISON PAR ACTION DES CRÉDITS DIRECTS ET DES CRÉDITS COMPLETS



SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Les crédits complets de la mission « Santé » s'élèvent à 1 366,3 M€ : 39,7 % de cette dépense (541,9 M€) sont consacrés aux politiques de prévention, de sécurité sanitaire et d'offre de soins (programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ») et 60,3 % (824,3 M€) à la protection maladie (programme 183 « Protection maladie »).

Les programmes 204 et 183 bénéficient, principalement, des crédits de soutien du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ». Le programme 204 a reçu 12,3 % des crédits déversés par le programme 124 (90,8 M€) et le programme 183 a reçu 0,2 % des crédits déversés par ce même programme (1,1 M€).

La variation observée, entre les crédits directs et les crédits complets, du programme 204 (de 451 M€ à 541,9 M€) s'explique par le déversement d'une partie des crédits de personnels et de fonctionnement inscrits sur le

programme 124 qui relèvent de la politique de santé. Ces crédits mettent en valeur le rôle et l'activité des agents de la direction générale de la santé (DGS) et de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) dans la conception et le pilotage du programme 204.

Le programme 183, piloté par la direction de la sécurité sociale (DSS), bénéficie d'une partie moins importante de crédits de soutien parce que la majorité des agents de la DSS travaillent sur des dispositifs dont le financement ne relèvent pas du budget de l'État mais de celui de la sécurité sociale.

PRÉSENTATION DES CRÉDITS DE PAIEMENT CONCOURANT À LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE

(en milliers d'euros)

Numéro et intitulé du programme et de l'action	PLF 2017 crédits directs (1) (y.c. FDC et ADP)	Ventilation des crédits indirects		PLF 2017 crédits complets (2) (y.c. FDC et ADP)	Variation entre (2) et (1)
		au sein du programme	entre programmes		
P183 – Protection maladie	823 213		+1 121	824 334	+0,1 %
P183_02 – Aide médicale de l'Etat	815 213		+1 121	816 334	+0,1 %
P183_03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000			8 000	0 %
P204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	451 080		+90 847	541 927	+20,1 %
P204_11 – Pilotage de la politique de santé publique	187 705		+30 203	217 908	+16,1 %
P204_12 – Santé des populations (<i>libellé modifié</i>)	1 142		+2 978	4 120	+260,7 %
P204_14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	55 943		+11 782	67 725	+21,1 %
P204_15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation (<i>libellé modifié</i>)	19 370		+17 623	36 993	+91 %
P204_16 – Veille et sécurité sanitaire (<i>libellé modifié</i>)	1 366		+3 385	4 750	+247,8 %
P204_17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins (<i>libellé modifié</i>)	130 312		+13 309	143 621	+10,2 %
P204_18 – Projets régionaux de santé	0			0	non dotée en crédits directs
P204_19 – Modernisation de l'offre de soins	55 242		+11 567	66 809	+20,9 %
Total de la Mission	1 274 293		+91 968	1 366 261	+7,2 %

(en milliers d'euros)

Ventilation des crédits indirects vers les missions partenaires bénéficiaires (+) ou en provenance des missions partenaires contributrices (-)	-91 968
Mission « Solidarité, insertion et égalité des chances »	-91 968

COMMENTAIRES MÉTHODOLOGIQUES

Evolution méthodologique : par rapport au PLF 2016, les programmes 204 et 183 ne bénéficient plus au PLF 2017 du reversement des crédits du programme 309 « Entretien des bâtiments de l'État ». En effet, ce programme a été supprimé en PLF 2017 et ses crédits affectés en totalité au CAS 723 « Gestion du patrimoine immobilier de l'État » qui ne fait pas l'objet de déversements en comptabilité d'analyse des coûts.

Répartition des crédits entre les programmes 204 et 183 :

- Principe général

Les crédits du programme 124 de la mission « *Solidarité, insertion et égalité des chances* » ont été déversés sur les programmes 204 et 183 au prorata de la répartition sur ces deux programmes des ETPT du plafond d'emplois ministériel 2017 inscrit sur le programme 124 (10 225 ETPT).

Cette répartition des ETPT du plafond d'emplois s'appuie sur la répartition par actions de titre 2 qui est présentée dans la partie *Justification au premier euro* du programme 124. Les ETPT inscrits sur ces actions de titre 2 ont été répartis sur quinze programmes de politique publique, parmi lesquels les programmes 204 et 183, au moyen, pour les ETPT relevant de l'administration centrale, de la répartition des effectifs cibles notifiés pour 2015 aux directions d'administration centrale par la direction des ressources humaines et, pour les ETPT relevant des services déconcentrés, au moyen des résultats d'une enquête *activités* menée auprès de ces services en 2015 (sur la base des ETPT présents dans les services au 31 décembre 2014). Les ETPT des directions supports et des services polyvalents (SGMAS, IGAS, cabinets ministériels,...) ont été répartis au prorata de la répartition des directions métiers en administration centrale et en services déconcentrés.

Il convient, par ailleurs, de préciser que seule la moitié des crédits du programme 124 est déversée sur des programmes du budget de l'État. En effet, l'autre moitié n'est déversée sur aucun programme du budget général de l'État dans la mesure où ces crédits sont consacrés aux politiques de sécurité sociale ainsi qu'aux agences régionales de santé (ARS). Il s'agit des crédits de personnels et de fonctionnement d'une partie des agents des ministères sociaux (de la DSS, principalement) qui sont rémunérés par le programme 124, mais qui travaillent à des missions dont le financement relève du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Le suivi de la sécurité sociale ne relevant pas du champ de l'État dans le domaine budgétaire, ces crédits ne peuvent donc être déversés sur un programme du budget de l'État. Il en va de même des agents rémunérés par les ARS qui concourent au déploiement des politiques d'offre de soins et de suivi de l'ONDAM. Les crédits de financement des ARS ne sont donc pas déversés (action 17 du programme 124).

- Déversements particuliers

Les actions 12 (« Affaires immobilières ») et 23 (« Autres dépenses de personnel – Personnels mis à disposition ») du programme 124 sont déversées à partir des effectifs en administration centrale. En effet, les crédits immobiliers des services déconcentrés relèvent principalement du programme 333 « Moyens mutualisés des administrations déconcentrées » et les personnels mis à disposition par d'autres structures tout en faisant l'objet d'un remboursement sont presque tous affectés en administration centrale.

L'action 15 (« Affaires européennes et internationales ») du programme 124 a fait l'objet de deux déversements directs sur le programme 204. Il s'agit de la subvention à Expertise France (2 508 465 €) qui a été déversée sur l'action 14 « Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades » du programme 204 et de la subvention à l'Organisation mondiale de la santé (365 000 €) qui a été déversée sur l'action 11 « Pilotage de la politique de santé publique » du programme 204.

PROGRAMME 204

PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS

MINISTRE CONCERNÉE : MARISOL TOURAINE, MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Présentation stratégique du projet annuel de performances	18
Objectifs et indicateurs de performance	Erreur : source de la référence non trouvée
Présentation des crédits et des dépenses fiscales	28
Justification au premier euro	33
Opérateurs	60

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE DU PROJET ANNUEL DE PERFORMANCES

Benoît VALLET

Directeur général de la santé

Responsable du programme n° 204 : Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

La stratégie conduite en 2017 en termes de prévention, de sécurité sanitaire et d'offre de soins s'inscrit en cohérence avec la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016.

Cette refondation du système de santé est articulée autour de quatre priorités :

- renforcer la prévention et la promotion de la santé ;
- faciliter au quotidien le parcours de santé des Français ;
- innover pour garantir la pérennité de notre système de santé ;
- renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire.

La LMSS fait de la prévention le cœur de notre système de santé : elle organise notamment le déploiement d'un parcours éducatif en santé de l'école maternelle jusqu'au lycée, crée de nouveaux outils pour lutter contre le tabagisme, combat l'alcoolisation excessive des jeunes, encourage le dépistage des infections sexuellement transmissibles et renforce la réduction des risques, dont les usages de drogues. Elle assure dans le domaine de la santé environnementale une meilleure protection de la population face à des expositions et des risques multiples dont certains émergents qui nécessitent une vigilance et une adaptation constante de notre droit. Sur le volet de la nutrition et de l'alimentation, la loi concourt à renforcer les déterminants favorables à la santé (pratique régulière d'une activité physique, alimentation plus saine). À ce titre, elle pose le principe d'une information nutritionnelle synthétique, simple et accessible à tous. Elle comporte par ailleurs des dispositions visant à lutter contre la consommation excessive de sucre ou la maigreur excessive.

L'objectif d'amélioration de la stratégie définie par la Mission « Santé » s'est accompagné d'une réorganisation en avril 2016 de la direction générale de la santé (DGS) qui vise un alignement stratégique de ses sous-directions sur l'organisation en trois pôles retenue pour les opérateurs du système d'agence (santé des populations, produits de santé et pratiques, risques environnementaux). Cette réorganisation permettra de renforcer la prévention, en pleine cohérence avec la stratégie nationale de santé et la LMSS, et d'améliorer la capacité de la direction à répondre aux risques émergents ou ré-émergents.

Elle a également permis de créer une mission pour les Outre-mer, chargée de promouvoir et coordonner la dimension ultramarine dans les politiques de santé publique et de sécurité sanitaire. Sa création répond à l'article 2 de la LMSS, qui dispose que la stratégie nationale de santé fixe des objectifs propres aux Outre-mer. À ce titre, une stratégie de santé spécifique aux territoires ultramarins a été présentée en mai 2016 par la ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre des Outre-mer, qui implique le concours des opérateurs nationaux de sécurité sanitaire et des agences régionales de santé (ARS).

Dans ce contexte, la DGS mettra en œuvre dès 2017 son projet stratégique élaboré en 2016, qui vise à améliorer ses pratiques et à renforcer sa performance dans la prévention et la promotion de la santé, la sécurité et la qualité des pratiques et des soins et la gestion des risques sanitaires, environnementaux et alimentaires.

Ces priorités recouvrent largement les axes principaux du programme 204 :

1. Piloter et coordonner le réseau des opérateurs pour une meilleure efficacité de la prévention et de la sécurité sanitaire

Le pilotage stratégique des agences nationales s'exerce *via* une instance dédiée, désormais dotée d'une base légale, le comité d'animation du système d'agences (CASA), dans la perspective de mieux coordonner les stratégies communes de déploiement des politiques de prévention et de sécurité sanitaires en lien avec l'ensemble des acteurs

concernés (ARS, assurance maladie, autres ministères, etc.) et de veiller à la cohérence des actions mises en œuvre dans ces domaines.

Le pilotage et la coordination sont appelés à s'étendre au champ des fonctions d'appui et de soutien des agences : la mutualisation de ces fonctions sera encouragée et organisée à partir d'une base légale en ce qui concerne les agences placées sous la seule tutelle de la ministre chargée de la santé. La mise en place en 2016, sur la base du volontariat, d'un système d'information financier et comptable commun à l'agence nationale de santé publique (ANSP), l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et l'institut national du cancer (INCa) apportera à cet égard de précieux enseignements. Le pilotage et la coordination du réseau des opérateurs bénéficient, avec la LMSS et la définition des politiques interministérielles en matière de fonctions supports, d'un cadre renouvelé destiné à améliorer la réponse aux exigences en matière de prévention et de sécurité sanitaire, et l'utilisation des moyens. Par ailleurs, le site unique ministériel pour les déclarations publiques d'intérêts de l'administration centrale et des agences nationales et régionales, verra le jour en 2017.

Cette évolution, illustrée en particulier par la création en avril 2016 de l'ANSP et par la réorganisation nationale et territoriale des vigilances, se poursuivra en 2017 avec de nouveaux développements importants. Les priorités de l'ANSP s'inscriront dans la continuité avec l'activité des trois établissements dont elle réunit les missions au service des populations et vont s'étendre à l'ensemble du champ sanitaire, de la production de connaissances à l'action de prévention et à la réponse aux situations de crise. En termes d'axes stratégiques, l'ANSP va s'engager notamment dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé dans tous les territoires de la République, y compris les Outre-mer. Elle va développer des approches et des outils plus modernes qui ont fait la preuve de leur efficacité, recourir à l'innovation, impliquer plus étroitement les parties prenantes et la société civile et valoriser ses travaux sur les scènes européenne et internationale.

À compter de 2017, dans le cadre de la simplification des circuits de financements, la contribution de l'État aux dépenses de prévention, de promotion de la santé et de veille et sécurité sanitaires des ARS *via* le fonds d'intervention régional (FIR) est transférée à l'assurance maladie et la part du financement de l'ANSP assurée par l'assurance maladie est quant à elle prise en charge par l'État.

2. Promouvoir la recherche et les connaissances scientifiques pour une meilleure politique de santé publique

La stratégie nationale de santé souligne la nécessité de promouvoir la recherche en santé des populations dans toute sa dimension interdisciplinaire et d'accroître les contributions de la recherche pour appuyer les décisions en matière de définition et d'évaluation des politiques de santé. Le périmètre de la politique de santé, inscrit dans l'article L. 1411-1 du code de la santé publique par l'article 1 de la LMSS, inclut ainsi explicitement la production, l'utilisation et la diffusion des connaissances utiles à son élaboration et à sa mise en œuvre, ainsi que la promotion des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé.

Il s'agit de mobiliser au mieux les connaissances existantes et de soutenir les travaux de recherche portant sur l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des services de santé, sur les interventions de promotion de la santé et de prévention et enfin sur l'efficacité et la sécurité de la diffusion des innovations.

Les efforts engagés depuis plusieurs années se poursuivront pour harmoniser, coordonner et soutenir le développement des appels à projets de recherche en santé publique, notamment dans le domaine de la prévention, des services de santé de proximité et de la performance des parcours de santé. L'objectif est également d'accompagner les grandes cohortes en population générale, en mobilisant leurs premiers résultats, et de développer l'utilisation des très grandes bases de données, notamment le système national des données de santé, au service de la recherche en santé publique.

Des efforts particuliers seront consacrés au développement des interactions entre les responsables des politiques de santé, au niveau régional et au niveau national, et les réseaux pluridisciplinaires d'expertise et de recherche en santé publique.

3. Améliorer la gestion des crises sanitaires et des situations d'urgence

Le développement de systèmes d'informations (SI) sécurisés et accessibles y compris en situation de mobilité sera poursuivi afin de renforcer l'information et la sécurité des patients.

Dans un contexte de menace terroriste renforcée, le travail de définition des doctrines sanitaires de préparation et d'intervention adaptées aux différentes menaces (attaque par arme de guerre, Nucléaires, Radiologiques, Biologiques, Chimiques (NRBC),...) sera poursuivi, en lien avec les travaux interministériels. Cet axe sera accompagné par la mise en place de moyens adaptés et par le renforcement du dispositif de formation à l'attention de l'ensemble des acteurs en matière de crise sanitaire. Une attention particulière sera accordée aux mesures d'accompagnement et de suivi des victimes, autour de la mise en place d'un système d'information interministériel de suivi des victimes et du renforcement du réseau des cellules d'urgence médico-psychologiques. Pour éprouver la réactivité et l'efficacité des organisations, des modalités de conduite de crise et des moyens en place, des exercices de terrains seront maintenus à fréquence régulière. Ils seront systématiquement associés à une démarche de retour d'expérience.

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, la ministre des affaires sociales et de la santé a lancé un chantier de réforme des vigilances sanitaires, dont l'un des éléments clés est la création d'un portail de signalement des événements sanitaires indésirables. Ce portail, point d'entrée commun à l'ensemble des déclarants (professionnels de santé et grand public), facilitera la déclaration des événements indésirables et fluidifiera la transmission pour les acteurs chargés de l'évaluation. Il participera ainsi à la promotion de la veille sanitaire et de la démarche de signalement. Sa mise en œuvre nationale est prévue au début de l'année 2017.

Devant l'extension des territoires où la transmission de maladies vectorielles par les moustiques est possible, un nouveau plan de lutte contre les arboviroses est en cours de rédaction. Ce plan est destiné à fixer un cadre commun à l'ensemble des territoires de métropole et d'Outre-mer concernés. Il permettra d'optimiser les réponses apportées et les actions menées en incluant d'autres champs ministériels tels que l'environnement, la construction, la recherche ou encore l'Outre-mer. Il s'appuie sur l'évaluation du plan 2006 et les réflexions menées avec les acteurs de métropole et d'Outre-mer.

Un plan national de lutte contre la Borréliose de Lyme sera mis en place dès l'automne 2016 afin de renforcer la prévention, d'améliorer la surveillance, le diagnostic, la prise en charge et le suivi des patients et de mener des projets de recherche. Ce plan inclura la participation des associations de patients, et de l'ensemble des acteurs impliqués dans le domaine de la santé mais aussi du secteur animal et végétal.

4. Moderniser l'offre de soins

La LMSS prévoit des restructurations profondes de l'offre de soins, tant dans le domaine hospitalier que dans le champ ambulatoire afin de développer les parcours de santé, de construire un hôpital ouvert, de renforcer la démocratie sanitaire et d'accompagner les ressources humaines du système de santé. La création des groupements hospitaliers de territoire (GHT), le développement des plates-formes d'appui territoriales (PTA), les mesures relatives aux personnels médicaux et paramédicaux et la promotion de la télémédecine notamment participent de ces évolutions.

Il apparaît dès lors indispensable d'accompagner ces structures en s'appuyant sur l'expertise développée par l'administration et par les professionnels de santé eux-mêmes, afin que l'offre de soins soit toujours plus accessible et dispensée dans des conditions correspondant à l'état le plus récent des connaissances et techniques médicales, tout en facilitant la collaboration entre prestataires de soins.

Une attention particulière sera aussi prêtée aux spécificités des Outre-mer, et de Wallis-et-Futuna notamment en matière d'amélioration de la performance de l'offre de soins, afin que les outils de modernisation de l'offre soient également adaptés aux besoins des populations ultra-marines.

RÉCAPITULATION DES OBJECTIFS ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

OBJECTIF 1	Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé
INDICATEUR 1.1	Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus
INDICATEUR 1.2	Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 ans à 74 ans
INDICATEUR 1.3	Prévalence du tabagisme quotidien en population de 15 ans à 75 ans
OBJECTIF 2	Prévenir et maîtriser les risques sanitaires
INDICATEUR 2.1	Pourcentage d'unités de distribution d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité microbiologique
INDICATEUR 2.2	Pourcentage de signalements traités en 1h
INDICATEUR 2.3	Délai de traitement des autorisations de mise sur le marché (AMM)

OBJECTIFS ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

ÉVOLUTION DE LA MAQUETTE DE PERFORMANCE

Les objectifs « Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé » et « Prévenir et maîtriser les risques sanitaires » sont maintenus.

L'indicateur sur le taux de prévalence du tabagisme chez les adultes introduit en 2016 est modifié et prend désormais en compte la population de 15 ans à 75 ans afin de pouvoir couvrir les mineurs, en cohérence avec les actions prévues dans le programme national de réduction du tabagisme.

L'indicateur sur le pourcentage de signalements traités dans l'heure est également modifié dans son intitulé pour une meilleure compréhension.

OBJECTIF N° 1

Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé

L'état de santé de la population française est globalement bon. Néanmoins, des disparités sensibles perdurent tant entre les genres qu'entre les territoires et les catégories sociales. Afin d'assurer un égal accès aux soins à l'ensemble de nos concitoyens et plus particulièrement aux publics les plus exposés à certains risques, il est important d'informer et d'éduquer sur les pratiques à risques qui conduisent à des pathologies graves. La politique de prévention est donc essentielle dans la lutte contre les inégalités en matière de santé.

Les indicateurs retenus pour cet objectif participent de cette dynamique avec la prévention vaccinale et celle du dépistage du cancer colorectal.

Le tabagisme reste l'un des problèmes de santé publique les plus importants et est responsable d'un nombre élevé de cancers mais également d'autres pathologies graves. À ce titre, la prévention et les mesures prises par la loi de modernisation de notre système de santé renforcent la lutte contre le tabac et ses effets nocifs.

INDICATEUR 1.1

Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2014 Réalisation	2015 Réalisation	2016 Prévision PAP 2016	2016 Prévision actualisée	2017 Prévision	2017 Cible
Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus	%	51.9	50.2	50	50.2	50	75

Précisions méthodologiques

Les données de l'indicateur sont fournies par la CNAMTS. Elles ne concernent donc que les personnes relevant du régime général des travailleurs salariés. Par ailleurs, le numérateur donne le nombre de vaccins délivrés à ces groupes à risque et non celui des vaccins réellement injectés.

Source des données : CNAMTS, service prévention.

Mode de calcul de l'indicateur : l'indicateur est constitué par le rapport entre le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour lesquelles il y a eu délivrance d'un vaccin antigrippal pendant la campagne annuelle de vaccination sur le nombre d'assurés sociaux ou d'ayant droits âgés de 65 ans ou plus.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Dans le cadre de la prévention sanitaire, la vaccination contre la grippe saisonnière reste très insuffisante et bien inférieure à la cible de 75 % (dans les deux principaux groupes cibles identifiés).

Jusqu'en 2008-2009, le taux de couverture vaccinale était en progression. Depuis la pandémie H1N1, une baisse constante de la couverture vaccinale grippale est observée. Cette baisse concerne principalement les personnes âgées de 65 ans ou plus, chez lesquelles la couverture sur la période 2013-2014 est de plus de 10 % inférieure à celle de la saison 2008-2009.

Afin de renforcer le réflexe de vaccination, il convient d'améliorer l'information sur la grippe et son vaccin, de sensibiliser les populations cibles et de faciliter l'accès au vaccin tout en simplifiant les pratiques auprès des professionnels de santé.

INDICATEUR 1.2

Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 ans à 74 ans

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2014 Réalisation	2015 Réalisation	2016 Prévision PAP 2016	2016 Prévision actualisée	2017 Prévision	2017 Cible
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 ans à 74 ans	%	29.8	ND	35	35	40	40

Précisions méthodologiques

Le cahier des charges des programmes de dépistage des cancers fixé par arrêté paru au Journal Officiel le 21 décembre 2006 prévoit que les personnes de 50 à 74 ans doivent être invitées par les structures de gestion (89 structures de gestion sur le territoire national, en majorité départementales) à se faire dépister pour le cancer colorectal tous les deux ans. Les indicateurs sont ainsi calculés sur deux ans, période au cours de laquelle l'ensemble de la population d'un département est invitée à participer au dépistage. Les structures de gestion établissent les listes de personnes concernées à partir des fichiers d'assurance maladie (tous régimes) et reçoivent les identités des personnes dont les tests ont été pratiqués, directement depuis les centres de lecture. Ces données sont ensuite transmises à l'ANSP (ex-InVS) à des fins d'évaluation du programme.

L'objectif est d'atteindre puis de dépasser avant la fin du plan cancer 2014-2019 le seuil de 50 % de participation.

Source des données : Agence nationale de santé publique (ANSP) pour le traitement, à partir des données fournies par les structures de gestion des programmes de dépistage des cancers.

Mode de calcul de l'indicateur :

Le taux de participation est le rapport entre le nombre de personnes dépistées et la population cible du dépistage (hommes et femmes de 50 à 74 ans) dont sont exclues les personnes exclues du dépistage pour raisons médicales. Il est défini par le rapport :

$$\frac{\text{Nombre de personnes ayant réalisé un test de dépistage sur la période N-1 / N}}{\text{Population moyenne éligible (Insee de 50 à 74 ans) sur la période N-1 / N}}$$

La population moyenne éligible est obtenue en faisant la moyenne arithmétique de la population cible Insee des personnes de 50 – 74 ans des années civiles N-1 et N, à laquelle il faut soustraire le nombre moyen (moyenne arithmétique) des personnes de 50 – 74 ans exclues du programme pour des raisons médicales au cours de ces deux années civiles. La standardisation permet, en appliquant une même structure d'âge et de sexe (celle de la population française 2009, projection Insee 2007-2042) aux unités géographiques, de comparer les résultats entre ces unités (départements ou régions) et d'étudier les évolutions dans le temps de l'indicateur.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Le programme de dépistage du cancer colorectal a été généralisé en 2008-2009 pour les 50-74 ans. La participation reste néanmoins trop faible, aux alentours de 30 % en 2014 et cache une grande disparité entre les régions (51 % dans le Haut-Rhin contre 23,9 % en Île-de-France par exemple).

Le résultat de 2014 est de 29,8 % (un peu moins de 5 millions de tests de dépistage réalisés), en stagnation ou en légère baisse depuis des années et très en deçà du taux européen minimum acceptable (45 %), et encore plus éloigné de l'objectif européen de 65 %.

La mise en place en 2015 du nouveau test immunologique de détection de sang dans les selles, plus simple dans son utilisation et lu automatiquement dans un seul laboratoire d'analyses se traduit dans un premier temps par une stagnation ou une baisse du taux avant de revenir à un taux plus élevé.

Les années 2014 et 2015 sont donc une période de transition entre l'utilisation de deux tests de dépistages. La distribution de l'ancien test a été arrêtée progressivement entre octobre et décembre 2014 selon les départements et

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | OBJECTIFS ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

les derniers tests ont pu être lus jusqu'à fin janvier 2015. Le programme n'a repris avec le nouveau test qu'en mai 2015 avec une montée en charge progressive liée à des retards d'approvisionnement en kits de dépistage. De ce fait, l'ANSP en charge de la production des taux de participation n'a pas été en mesure de produire un taux pour 2015.

INDICATEUR 1.3**Prévalence du tabagisme quotidien en population de 15 ans à 75 ans**

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2014 Réalisation	2015 Réalisation	2016 Prévision PAP 2016	2016 Prévision actualisée	2017 Prévision	2017 Cible
Prévalence du tabagisme quotidien en population de 15 ans à 75 ans	%	29	ND	28	28	27.4	27.4

Précisions méthodologiques

Les données sont issues du Baromètre santé (réalisé tous les deux ans depuis 2014 et centré sur un « macrothème »). Toutefois, la production annuelle de l'indicateur de prévalence tabagique est prévue dans le cadre du Programme National de Réduction du Tabagisme. Ainsi, la question de la prévalence tabagique devrait être systématiquement intégrée aux Baromètres macrothématiques réalisés par l'ANSP. Pour les années intermédiaires, dans un souci de rationalisation des coûts et des moyens, l'ANSP (ex-Inpes) cherchera à profiter de l'existence d'enquêtes de santé suivant une méthodologie aléatoire et réalisées par ses partenaires pour y intégrer la question de la prévalence tabagique (par exemple, le Baromètre cancer réalisé par l'INCa en collaboration avec l'Inpes pour 2015 dont les données sont en cours d'analyse). Dans le cas où aucune enquête aléatoire ne serait menée, l'ANSP produirait une enquête aléatoire centrée sur la consommation de tabac, sans exclure la possibilité d'intégrer d'autres thématiques.

Les Baromètres santé sont des sondages aléatoires à deux degrés (ménage puis individu) réalisés à l'aide du système de Collecte Assistée par Téléphone et Informatique (CATI). Le terrain du Baromètre santé 2014, confié à l'institut Ipsos, s'est déroulé du 11 décembre 2013 au 31 mai 2014 auprès d'un échantillon représentatif de la population des 15-75 ans résidant en France métropolitaine et parlant le français.

La non-réponse totale est corrigée par redressement sur les marges de la population issues du recensement.

Le résultat est très largement dépendant de l'évolution de la réglementation relative à l'usage du tabac et d'autres leviers tels que l'évolution de la taxation des tabacs et des cigarettes. Les différentes mesures du PNRT 2014-2019, telles que l'instauration du « paquet neutre » à partir de mai 2016 et de l'opération « Moi(s) sans tabac » en novembre 2016, visent à la diminution du nombre de fumeurs pour atteindre l'objectif d'une diminution du nombre de fumeurs quotidiens de 10 % entre 2014 et 2019.

Source des données : Agence nationale de santé publique (ANSP)

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

On observe une très légère diminution de la prévalence du tabagisme quotidien par rapport à 2014. Les prévisions et la cible ont été calculées sur la base du premier objectif du programme national de réduction du tabagisme 2014-2019, à savoir une diminution de 10 % des fumeurs quotidiens en 2019.

Le PNRT comprend des mesures articulées autour de trois axes d'intervention prioritaires et de dix mesures phares :

Axe 1 – Pour protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme :

- adopter les paquets de cigarettes neutres pour les rendre moins attractifs ;
- interdire de fumer en voiture en présence d'enfants de moins de 12 ans ;
- rendre non fumeurs les espaces publics de jeux pour enfants ;
- encadrer la publicité pour les cigarettes électroniques et interdire le vapotage dans certains lieux publics.

Axe 2 – Pour aider les fumeurs à arrêter de fumer :

- diffuser massivement une campagne d'information choc ;
- impliquer davantage les médecins traitants dans la lutte contre le tabagisme ;
- améliorer le remboursement du sevrage tabagique.

Axe 3 – Pour agir sur l'économie du tabac :

- créer un fonds dédié aux actions de lutte contre le tabagisme (prévention, sevrage, information) ;
- renforcer la transparence sur les activités de lobbying de l'industrie du tabac ;
- renforcer la lutte contre le commerce illicite de tabac.

OBJECTIF N° 2**Prévenir et maîtriser les risques sanitaires**

L'impact sur la santé humaine des dégradations de l'environnement fait partie intégrante de la santé publique.

L'eau du milieu naturel étant la matrice de l'environnement susceptible de recevoir toutes les pollutions, la qualité de l'eau potable est la première préoccupation des Français en matière d'environnement. L'indicateur 2.1 porte sur la qualité de l'eau à laquelle la population a accès.

Le déploiement de la politique de sécurité sanitaire vise à réduire au maximum la vulnérabilité de la population face à des événements sanitaires graves menaçant la santé collective. Dans cette perspective, la sous-direction de la veille et de la sécurité sanitaire de la direction générale de la santé assure le recueil, l'analyse et l'enregistrement des signalements d'événements nationaux ou internationaux susceptibles d'appeler en urgence l'intervention du ministère de la santé et est le point focal national pour les alertes internationales.

La mesure du délai de prise en compte des signalements s'inscrit dans le cadre de la démarche de certification ISO 9001 engagée par le ministère.

INDICATEUR 2.1

Pourcentage d'unités de distribution d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité microbiologique

(du point de vue de l'utilisateur)

	Unité	2014 Réalisation	2015 Réalisation	2016 Prévision PAP 2016	2016 Prévision actualisée	2017 Prévision	2017 Cible
Pourcentage d'unités de distribution d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité pour les paramètres biologiques	%	14.9	12.5	14.25	14.25	14.25	14

Précisions méthodologiques

L'indicateur représente la proportion d'unités de distribution d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité microbiologique. Une unité de distribution (UDI) désigne un ensemble de canalisations de distribution de l'eau potable au sein duquel la qualité de l'eau est considérée comme homogène. Tous les abonnés raccordés au réseau public d'eau potable sont ainsi associés à une UDI. En 2015, 66,2 millions de personnes étaient alimentées par plus de 25 100 UDI.

L'indicateur permet d'obtenir une vision globale de la qualité de l'eau du robinet en France, y compris pour les plus petites unités de distribution dans lesquelles se concentre la majorité des problèmes de qualité d'eau :

- la qualité microbiologique des eaux correspond au risque sanitaire le plus important dans le domaine de l'eau potable (risque sanitaire à court terme) ;
- cet indicateur est très sensible : son évolution correspond bien à une évolution de la situation sur le terrain (amélioration de l'indicateur si meilleure gestion des installations de traitement et réciproquement).

Sources des données : base nationale de données « SISE-Eaux » du ministère chargé de la santé.

Mode de calcul de l'indicateur : nombre d'unités de distribution (UDI) d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité microbiologique, divisé par le nombre total d'unités de distribution d'eau potable en France ayant fait l'objet d'un contrôle.

Compte tenu des aléas liés à l'échantillonnage et au contexte de la production des eaux, cet indicateur se fonde sur le respect des limites de qualité microbiologique (*Escherichia coli* et entérocoques) pour 95 % des prélèvements réalisés annuellement dans le cadre du contrôle sanitaire.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

En 2015, 12,5 % des unités de distribution d'eau potable ont présenté des dépassements des limites de qualité microbiologique. La qualité microbiologique de l'eau distribuée s'est nettement améliorée entre 2014 et 2015. Cette importante baisse du taux d'unités de distribution d'eau potable non-conformes nécessite cependant d'être confirmée dans le temps.

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | OBJECTIFS ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

Les cibles 2016 et 2017 ont été établies au vu des données des années précédentes et de l'amélioration lente mais continue de la qualité bactériologique des eaux, tout en tenant compte de la volonté ministérielle d'améliorer durablement la qualité de l'eau distribuée à la population. La diminution progressive de l'indicateur d'un quart de point annuel constitue un objectif ambitieux au regard du nombre important d'unités de distribution concernées (plusieurs milliers).

Les leviers d'action permettant d'obtenir cette amélioration reposent principalement sur la mobilisation des collectivités et des distributeurs d'eau par les agences régionales de santé. Cette mobilisation doit se traduire par la mise en œuvre de mesures de prévention, notamment dans le cadre du plan national santé-environnement 3 (gestion préventive des risques sanitaires), et de mesures de gestion de type renforcement du contrôle de la qualité de l'eau et injonction en cas de non-conformités.

INDICATEUR 2.2**Pourcentage de signalements traités en 1h**

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2014 Réalisation	2015 Réalisation	2016 Prévision PAP 2016	2016 Prévision actualisée	2017 Prévision	2017 Cible
Pourcentage de signalements traités en 1h	%	83	80	95	95	97	97

Précisions méthodologiques

L'indicateur porte sur le pourcentage de signalements traités dans un délai d'une heure par le département des urgences sanitaires de la DGS, avec une cible fixée à 97 %, à l'issue de la période triennale 2015-2017.

Le périmètre des signalements est le suivant : ensemble des signalements transmis par les agences régionales de santé (ARS), par le Système d'Information Sanitaire des Alertes et des Crises (SISAC).

La prise en compte (ou traitement) s'entend comme : l'attribution (ou la délégation) du signalement selon les procédures établies dans le cadre de la démarche qualité du CORRUSS.

Cet indicateur correspond au délai maximal de prise en compte d'au moins 97 % des signalements reçus. La cible a été actualisée par rapport au PAP 2015, pour être cohérente avec les modalités de calcul de l'indicateur : pourcentage du nombre de signalements traités en moins d'1 heure rapporté au nombre total de signaux (au lieu du temps de réponse au signal, exprimé en heures).

Sources des données : direction générale de la Santé (DGS)

Mode de calcul de l'indicateur :

Le calcul de cet indicateur est obtenu par le rapport du nombre de signalements traités par le CORRUSS dans le délai considéré sur le nombre total de signalements réceptionnés mensuellement au CORRUSS. L'écart entre 2014 et 2015 s'explique par le fait qu'un quart des signalements reçus en 2014 concernait les fugues de patients hospitalisés sans consentements. Ce signalement, n'engageant pas d'actions particulières du ministère chargé de la santé, n'est pas traité prioritairement.

Le recueil des données permettant le calcul de l'indicateur est assuré mensuellement. Une synthèse annuelle est établie pour assurer son évolution.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

L'indicateur doit passer de 80 % en 2015 à 97 % en 2017.

Le suivi de cet indicateur et la cible fixée pour fin 2017 sont fondés sur la nécessaire mesure de la réactivité dans la prise en compte des signalements émis par les ARS à destination du Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS), conformément aux missions de la sous-direction de la veille et de la sécurité sanitaire de la direction générale de la santé (DGS).

Les cibles retenues pour la période triennale 2015-2017 ont été établies en tenant compte des enjeux tant sanitaires que juridiques qui pèsent sur cette activité. Dès lors la DGS s'est lancée dans une démarche permettant de sécuriser durablement les processus de réception et d'analyse des signalements réceptionnés au point focal national, (CORRUSS), qui s'intègre à la maîtrise des risques engagée par la DGS concernant ses domaines de compétences.

Ces cibles permettent de tenir compte de la montée en charge progressive de la démarche qualité mise en place pour encadrer ces activités avec un objectif de certification d'ici à 2017. Cette démarche intègre également le déploiement progressif du système d'information d'alerte et crises qui permet de sécuriser la gestion des signalements et leur traçabilité.

À ces orientations générales est associé un dispositif d'évaluation intégrant différents leviers d'actions permettant de mesurer l'efficacité des actions d'amélioration mises en œuvre, avec notamment la mise en place d'indicateurs et un contrôle interne réalisé de façon hebdomadaire.

INDICATEUR 2.3

Délai de traitement des autorisations de mise sur le marché (AMM)

(du point de vue de l'utilisateur)

	Unité	2014 Réalisation	2015 Réalisation	2016 Prévision PAP 2016	2016 Prévision actualisée	2017 Prévision	2017 Cible
ANSM : Délai moyen AMM nationale	nombre de jours	177	152	150	150	150	120
ANSM : Délai moyen AMM reconnaissance mutuelle et décentralisée	nombre de jours	389	330	350	300	200	200

Précisions méthodologiques

Délai moyen AMM nationale : le délai de traitement s'entend entre la date de recevabilité effective par l'ANSM du dossier et la date de notification de l'AMM ou de demande d'informations complémentaires. Ce délai exclut les éventuels échanges avec le demandeur visant à obtenir un dossier recevable, mais englobe l'ensemble des éventuels échanges durant l'évaluation (le temps de réponse des demandeurs est donc inclus dans le délai).

Délai moyen AMM reconnaissance mutuelle et décentralisée : le délai de traitement s'entend entre la date de réception par l'ANSM des dossiers de traduction conformes envoyés par les firmes et la date de notification de l'AMM.

Source des données : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM).

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

L'agence a poursuivi en 2016 ses projets d'optimisation des processus, notamment sur les modifications d'AMM, et lancera au cours du dernier trimestre un projet sur l'optimisation du processus des nouvelles demandes d'AMM. Parallèlement, les outils informatiques ad hoc sont en cours de développement afin de faciliter le suivi et la qualité des indicateurs associés. La combinaison de ces deux facteurs devrait conduire sur l'année 2017 à une stabilisation des délais pour les AMM nationales et à une réduction des délais pour les AMM en reconnaissance mutuelle et décentralisée pour lesquelles la cible 2017 a été revue à la baisse.

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | PRÉSENTATION DES CRÉDITS ET DES DÉPENSES FISCALES

PRÉSENTATION DES CRÉDITS ET DES DÉPENSES FISCALES

2017 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS DEMANDÉS

2017 / AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Numéro et intitulé de l'action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total	FDC et ADP attendus
11 – Pilotage de la politique de santé publique	168 705 963	18 999 007	187 704 970	
12 – Santé des populations (<i>libellé modifié</i>)	0	1 142 000	1 142 000	
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	46 227 546	9 715 000	55 942 546	
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation (<i>libellé modifié</i>)	14 528 765	4 841 078	19 369 843	
16 – Veille et sécurité sanitaire (<i>libellé modifié</i>)	990 000	375 674	1 365 674	
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins (<i>libellé modifié</i>)	126 582 887	3 729 502	130 312 389	
18 – Projets régionaux de santé		0	0	
19 – Modernisation de l'offre de soins	1 280 094	34 662 000	35 942 094	18 000 000
Total	358 315 255	73 464 261	431 779 516	18 000 000

2017 / CRÉDITS DE PAIEMENT

Numéro et intitulé de l'action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total	FDC et ADP attendus
11 – Pilotage de la politique de santé publique	168 705 963	18 999 007	187 704 970	
12 – Santé des populations (<i>libellé modifié</i>)	0	1 142 000	1 142 000	
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	46 227 546	9 715 000	55 942 546	
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation (<i>libellé modifié</i>)	14 528 765	4 841 078	19 369 843	
16 – Veille et sécurité sanitaire (<i>libellé modifié</i>)	990 000	375 674	1 365 674	
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins (<i>libellé modifié</i>)	126 682 887	3 629 502	130 312 389	
18 – Projets régionaux de santé		0	0	
19 – Modernisation de l'offre de soins	1 280 094	35 962 000	37 242 094	18 000 000
Total	358 415 255	74 664 261	433 079 516	18 000 000

2016 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS VOTÉS (LOI DE FINANCES INITIALE)

2016 / AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Numéro et intitulé de l'action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total	FDC et ADP prévus
11 – Pilotage de la politique de santé publique	73 948 613	17 436 519	91 385 132	
12 – Santé des populations (<i>libellé modifié</i>)	23 791 200	1 685 805	25 477 005	
13 – Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins	720 000	6 176 700	6 896 700	
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	46 996 658	5 124 528	52 121 186	
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation (<i>libellé modifié</i>)	14 813 320	4 327 667	19 140 987	
16 – Veille et sécurité sanitaire (<i>libellé modifié</i>)	11 249 420	50 777	11 300 197	
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins (<i>libellé modifié</i>)	128 230 696	3 287 200	131 517 896	
18 – Projets régionaux de santé		124 543 886	124 543 886	18 000 000
19 – Modernisation de l'offre de soins	1 280 094	33 162 000	34 442 094	
Total	301 030 001	195 795 082	496 825 083	18 000 000

2016 / CRÉDITS DE PAIEMENT

Numéro et intitulé de l'action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total	FDC et ADP prévus
11 – Pilotage de la politique de santé publique	73 948 613	17 436 519	91 385 132	
12 – Santé des populations (<i>libellé modifié</i>)	23 791 200	1 685 805	25 477 005	
13 – Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins	720 000	6 176 700	6 896 700	
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	46 996 658	5 124 528	52 121 186	
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation (<i>libellé modifié</i>)	14 813 320	4 327 667	19 140 987	
16 – Veille et sécurité sanitaire (<i>libellé modifié</i>)	11 249 420	50 777	11 300 197	
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins (<i>libellé modifié</i>)	128 230 696	3 287 200	131 517 896	
18 – Projets régionaux de santé		124 543 886	124 543 886	18 000 000
19 – Modernisation de l'offre de soins	1 280 094	34 462 000	35 742 094	
Total	301 030 001	197 095 082	498 125 083	18 000 000

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 PRÉSENTATION DES CRÉDITS ET DES DÉPENSES FISCALES

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE ET CATÉGORIE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertes en LFI pour 2016	Demandées pour 2017	Ouverts en LFI pour 2016	Demandés pour 2017
Titre 3 – Dépenses de fonctionnement	301 030 001	358 315 255	301 030 001	358 415 255
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	15 551 402	13 338 337	15 551 402	13 438 337
Subventions pour charges de service public	285 478 599	344 976 918	285 478 599	344 976 918
Titre 6 – Dépenses d'intervention	195 795 082	73 464 261	197 095 082	74 664 261
Transferts aux ménages	4 200 000	4 200 000	4 200 000	4 200 000
Transferts aux autres collectivités	191 595 082	69 264 261	192 895 082	70 464 261
Total hors FDC et ADP prévus	496 825 083	431 779 516	498 125 083	433 079 516
FDC et ADP prévus	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000
Total y.c. FDC et ADP prévus	514 825 083	449 779 516	516 125 083	451 079 516

DÉPENSES FISCALES¹

Avertissement

Le niveau de fiabilité des chiffrages de dépenses fiscales dépend de la disponibilité des données nécessaires à la reconstitution de l'impôt qui serait dû en l'absence des dépenses fiscales considérées. Par ailleurs, les chiffrages des dépenses fiscales ne peuvent intégrer ni les modifications des comportements fiscaux des contribuables qu'elles induisent, ni les interactions entre dépenses fiscales.

Les chiffrages présentés pour 2017 ont été réalisés sur la base des seules mesures votées avant le dépôt du projet de loi de finances pour 2017. L'impact des dispositions fiscales de ce dernier sur les recettes 2017 est, pour sa part, présenté dans les tomes I et II de l'annexe « Évaluation des Voies et Moyens ».

DÉPENSES FISCALES PRINCIPALES SUR IMPÔTS D'ÉTAT (7)

(En millions d'euros)

Dépenses fiscales sur impôts d'État contribuant au programme de manière principale		Chiffre pour 2015	Chiffre pour 2016	Chiffre pour 2017
730303	Taux de 2,10 % applicable aux médicaments remboursables ou soumis à autorisation temporaire d'utilisation et aux produits sanguins Taxe sur la valeur ajoutée <i>Objectif : Proposer des médicaments à faibles coûts</i> <i>Bénéficiaires 2015 : (nombre non déterminé) entreprises - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Bonne - Création : 1989 - Dernière modification : 2002 - Fin d'incidence budgétaire : dépense fiscale non-bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non-bornée - CGI : 281 octies 1er et 2ème alinéas</i>	2 495	2 460	2 450
120204	Exonération des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies "longues et coûteuses" Impôt sur le revenu <i>Objectif : Aider les personnes en longue-maladie indemnisées par la sécurité sociale</i> <i>Bénéficiaires 2015 : (nombre non déterminé) ménages - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Création : 1978 - Dernière modification : 1996 - Fin d'incidence budgétaire : dépense fiscale non-bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non-bornée - CGI : 80 quinquies</i>	350	360	370
730208	Taux de 10% pour les prestations de soins dispensées par les établissements thermaux autorisés Taxe sur la valeur ajoutée <i>Objectif : Aider le secteur thermal</i> <i>Bénéficiaires 2015 : (nombre non déterminé) entreprises - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Bonne - Création : 1990 - Dernière modification : 2012 - Fin d'incidence budgétaire : dépense fiscale non-bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non-bornée - CGI : 279-a quinquies</i>	27	28	28
160204	Exonération d'impôt sur le revenu, à hauteur de 60 jours par an, de la rémunération perçue au titre de la permanence des soins par les médecins ou leurs remplaçants installés dans certaines zones rurales ou urbaines Impôt sur le revenu <i>Objectif : Réduire les zones à faible densité médicale</i> <i>Bénéficiaires 2015 : 6 850 entreprises - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données déclaratives fiscales - Fiabilité : Bonne - Création : 2005 - Dernière modification : 2005 - Fin d'incidence budgétaire : dépense fiscale non-bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non-bornée - CGI : 151 ter</i>	19	19	19
160301	Déduction forfaitaire au titre du groupe III déclarée par les médecins conventionnés Impôt sur le revenu <i>Objectif : Inciter les médecins au conventionnement avec la sécurité sociale qui déclare les recettes des contribuables</i> <i>Bénéficiaires 2015 : (nombre non déterminé) entreprises - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Création : 1963 - Dernière modification : 2000 - Fin d'incidence budgétaire : dépense fiscale non-bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non-bornée - CGI : DA : DB5G4431</i>	8	8	8

¹ Les dépenses fiscales ont été associées à ce programme conformément aux finalités poursuivies par ce dernier.

« ε » : coût inférieur à 0,5 million d'euros ; « - » : dépense fiscale supprimée ou non encore créée ; « nc » : non chiffrable.

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 PRÉSENTATION DES CRÉDITS ET DES DÉPENSES FISCALES

(En millions d'euros)

Dépenses fiscales sur impôts d'État contribuant au programme de manière principale		Chiffrage pour 2015	Chiffrage pour 2016	Chiffrage pour 2017
920101	Exonération de taxe sur la publicité télévisée sur les messages passés pour le compte d'oeuvres d'utilité publique à l'occasion de grandes campagnes nationales Taxes sur le chiffre d'affaires des opérateurs du secteur audiovisuel et de communications électroniques <i>Objectif : Favoriser les dons aux organismes d'utilité publique</i> <i>Bénéficiaires 2015 : (nombre non déterminé) entreprises - Création : 1981 - Dernière modification : 2004 - Fin d'incidence budgétaire : dépense fiscale non-bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non-bornée - CGI : 302 bis KA</i>	nc	nc	nc
230506	Exonération des plus-values réalisées à l'occasion de la reconversion des débits de boissons Impôt sur le revenu et impôt sur les sociétés <i>Objectif : Aider les débitants de boisson (reconversion)</i> <i>Bénéficiaires 2015 : (nombre non déterminé) entreprises - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données déclaratives fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Création : 1955 - Dernière modification : 2015 - Fin d'incidence budgétaire : 2016 - Fin du fait générateur : 2015 - CGI : 41 bis</i>	4	4	-
Coût total des dépenses fiscales²		2 903	2 879	2 875

² Le « Coût total des dépenses fiscales » constitue une somme de dépenses fiscales dont les niveaux de fiabilité peuvent ne pas être identiques (cf. caractéristique « Fiabilité » indiquée pour chaque dépense fiscale). Il ne prend pas en compte les dispositifs inférieurs à 0,5 million d'euros (« ε »). Par ailleurs, afin d'assurer une comparabilité d'une année sur l'autre, lorsqu'une dépense fiscale est non chiffrable (« nc »), le montant pris en compte dans le total correspond au dernier chiffrage connu (montant 2016 ou 2015) ; si aucun montant n'est connu, la valeur nulle est retenue dans le total. La portée du total s'avère enfin limitée en raison des interactions éventuelles entre dépenses fiscales. Il n'est donc indiqué qu'à titre d'ordre de grandeur et ne saurait être considéré comme une véritable sommation des dépenses fiscales du programme.

JUSTIFICATION AU PREMIER EURO

ÉLÉMENTS TRANSVERSAUX AU PROGRAMME

Numéro et intitulé de l'action / sous-action	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Titre 2 Dépenses de personnel	Autres titres	Total	Titre 2 Dépenses de personnel	Autres titres	Total
11 – Pilotage de la politique de santé publique		187 704 970	187 704 970		187 704 970	187 704 970
12 – Santé des populations (<i>libellé modifié</i>)		1 142 000	1 142 000		1 142 000	1 142 000
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades		55 942 546	55 942 546		55 942 546	55 942 546
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation (<i>libellé modifié</i>)		19 369 843	19 369 843		19 369 843	19 369 843
16 – Veille et sécurité sanitaire (<i>libellé modifié</i>)		1 365 674	1 365 674		1 365 674	1 365 674
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins (<i>libellé modifié</i>)		130 312 389	130 312 389		130 312 389	130 312 389
18 – Projets régionaux de santé		0	0		0	0
19 – Modernisation de l'offre de soins		35 942 094	35 942 094		37 242 094	37 242 094
Total		431 779 516	431 779 516		433 079 516	433 079 516

ÉVOLUTION DU PÉRIMÈTRE DU PROGRAMME

■ PRINCIPALES ÉVOLUTIONS

À compter de 2017, dans le cadre de la simplification des circuits de financements, la contribution de l'État aux dépenses de prévention, de promotion de la santé et de veille et sécurité sanitaires des ARS *via* le FIR est transférée à l'assurance maladie et la part du financement de l'ANSP assurée par l'assurance maladie est quant à elle prise en charge par l'État.

■ MODIFICATIONS DE MAQUETTE

Les évolutions concernent essentiellement les opérateurs avec la fusion en mai 2016 de l'INPES, l'InVS et l'EPRUS et du GIP ADALIS donnant lieu à la création de l'ANSP. Cette fusion se traduit dans la maquette budgétaire par l'intégration des crédits correspondant au sein de la sous-action n°7 « ANSP » de l'action 11 « Pilotage de la politique de santé publique ».

L'action 13 du PLF 2016 « Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins » a été supprimée avec une répartition des crédits correspondants entre les actions 12, 14, 16 et 17.

■ MESURES DE TRANSFERTS

	Crédits							Emplois	
	T2 hors CAS Pensions	T2 CAS Pensions	Total T2	Hors T2 AE	Hors T2 CP	Total AE	Total CP	ETPT ministériels	ETPT Hors État
Transferts entrants				+1 732 500	+1 732 500	+1 732 500	+1 732 500		+21
Transferts sortants									
Solde des transferts				+1 732 500	+1 732 500	+1 732 500	+1 732 500		+21

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 JUSTIFICATION AU PREMIER EURO

Ce transfert en provenance du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » correspond à l'extension en année pleine du transfert des effectifs des cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) acté en 2015 au profit de l'InVS. Il est réalisé cette année au profit de l'ANSP.

SUBVENTIONS AUX OPÉRATEURS

(en milliers d'euros)

Opérateur	AE PLF 2017	CP PLF 2017
ABM - Agence de biomédecine (P204)	13 814	13 814
Subventions pour charges de service public	13 814	13 814
ANSés - Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (P206)	14 264	14 264
Subventions pour charges de service public	14 264	14 264
ANSM - Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (P204)	112 676	112 676
Subventions pour charges de service public	112 676	112 676
ANSP - Agence Nationale de Santé Publique (P204)	150 540	150 540
Subventions pour charges de service public	150 540	150 540
EHESP - Ecole des hautes études en santé publique (P204)	9 181	9 181
Subventions pour charges de service public	9 181	9 181
INCa - Institut National du Cancer (P204)	44 502	44 502
Subventions pour charges de service public	44 502	44 502
Total	344 977	344 977
Total des subventions pour charges de service public	344 977	344 977
Total des dotations en fonds propres		
Total des transferts		

SUIVI DES CRÉDITS DE PAIEMENT ASSOCIÉS À LA CONSOMMATION DES AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT (HORS TITRE 2)

ESTIMATION DES RESTES À PAYER AU 31/12/2016

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2015 (RAP 2015)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2015 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2015	AE LFI 2016 + reports 2015 vers 2016 + prévision de FDC et ADP + décret n°2016-732 du 2 juin 2016 portant ouverture et annulation de crédits à titre d'avance	CP LFI 2016 + reports 2015 vers 2016 + prévision de FDC et ADP + décret n°2016-732 du 2 juin 2016 portant ouverture et annulation de crédits à titre d'avance	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2016
31 081 444		492 349 254	492 949 896	29 618 035

ÉCHÉANCIER DES CP À OUVRIR

AE	CP 2017	CP 2018	CP 2019	CP au-delà de 2019
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2016	CP demandés sur AE antérieures à 2017 CP PLF / CP FDC et ADP	Estimation des CP 2018 sur AE antérieures à 2017	Estimation des CP 2019 sur AE antérieures à 2017	Estimation des CP au-delà de 2019 sur AE antérieures à 2017
29 618 035	5 541 200 18 000 000	1 300 000	1 300 000	21 476 835
AE nouvelles pour 2017 AE PLF / AEFDC et ADP	CP demandés sur AE nouvelles en 2017 CP PLF / CPFDC et ADP	Estimation des CP 2018 sur AE nouvelles en 2017	Estimation des CP 2019 sur AE nouvelles en 2017	Estimation des CP au-delà de 2019 sur AE nouvelles en 2017
431 779 516 18 000 000	427 538 316 0	4 241 200	0	0
Totaux	451 079 516	5 541 200	1 300 000	21 476 835

CLÉS D'OUVERTURE DES CRÉDITS DE PAIEMENTS SUR AE 2017

CP 2017 demandés sur AE nouvelles en 2017 / AE 2017	CP 2018 sur AE nouvelles en 2017 / AE 2017	CP 2019 sur AE nouvelles en 2017 / AE 2017	CP au-delà de 2019 sur AE nouvelles en 2017 / AE 2017
95,1 %	0,9 %	0 %	0 %

Les engagements non couverts par des paiements au 31 décembre 2016 s'élèvent à 29,62 M€. Ils correspondent :

- pour 25,38 M€ au remboursement du prêt consenti par l'Agence Française de Développement (AFD) visant à apurer la dette de l'agence de Wallis et Futuna (26,6 M€ engagés en 2015 avec une annuité de remboursement s'élevant à 1,3 M€ à compter de 2016) ;
- pour 4,24 M€ à des restes à payer relatifs à des subventions auprès d'associations et à des conventions.

JUSTIFICATION PAR ACTION

ACTION N° 11**43,5 %****Pilotage de la politique de santé publique**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FDC et ADP attendus
Autorisations d'engagement		187 704 970	187 704 970	
Crédits de paiement		187 704 970	187 704 970	

L'action 11 vise à structurer, rationaliser et mieux piloter les actions de santé publique. Elle mobilise des usagers et des professionnels du système de santé en les associant à la conception et à la mise en œuvre de ces actions.

– Agence nationale de santé publique (ANSP)

Issue de la fusion en 2016 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), de l'Institut de veille sanitaire (InVS), de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) et du GIP Adalis (Addictions Drogues Alcool Info Service), l'ANSP est une agence nationale qui mène des actions dans le domaine sanitaire, de la production de connaissances à l'action de prévention et à la réponse aux situations de crise.

– Démocratie sanitaire

Le renforcement de la démocratie sanitaire est un axe fort de la refondation de notre système de santé. Afin d'assurer une participation qui aille au-delà de l'information des usagers ou de la simple concertation, il est nécessaire de professionnaliser les représentants des usagers et de soutenir les associations « tête de réseau ».

– Veille, surveillance, évaluation et expertises

Créé par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 et mis en place en 2007, le Haut Conseil de la santé publique peut être consulté par les ministres intéressés, par les présidents des commissions compétentes du Parlement et par le Président de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé sur toute question relative à la prévention, à la sécurité sanitaire ou à la performance du système de santé.

– Études et recherches

L'identification des connaissances nécessaires à l'élaboration des politiques de santé, pour améliorer la prévention et la prise en charge des problèmes de santé, nécessite une interaction forte entre les différentes directions du ministère chargé de la santé et les organismes de protection sociale, regroupés au sein du Comité de la Recherche en Santé (CORS) du ministère des affaires sociales et de la santé et du ministère chargé de la recherche.

La coordination de la programmation de la recherche en santé a été confiée à l'Alliance pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan), qui regroupe les organismes de recherche et d'enseignement supérieur impliqués dans la recherche en santé, en lien avec l'Alliance des sciences humaines et sociales (Athena) et l'Alliance nationale de recherche pour l'environnement (Allenvi).

La mise en œuvre par la DGS des orientations ainsi définies se traduit dans sa participation à l'exercice de la tutelle de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), dans sa contribution à la programmation de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR), et au niveau européen dans sa participation au Comité de Programme « Santé, Bien-être et Vieillesse » du programme cadre « Horizon 2020 », dans l'élaboration concertée des programmes d'études et de recherche pilotés ou financés par les

différentes directions du ministère et par l'Assurance Maladie, et dans l'élaboration des volets recherche des plans et programmes de santé publique.

Elle se traduit aussi dans le soutien apporté aux programmes de l'Institut de recherche en santé publique (IReSP), ainsi que dans le développement et l'accompagnement des grandes études en santé : suivi et accompagnement des cohortes financées dans le cadre des « investissements d'Avenir », notamment des grandes cohortes en population générale ; renouvellement à intervalles réguliers de grandes études transversales (enquête nationale périnatale, enquête nationale nutrition santé, programme de bio-surveillance (enquête ESTEBAN), enquête nationale santé.

– Développement et exploitations des SI

L'usage des outils numériques est aujourd'hui devenu indispensable pour améliorer l'exercice des missions de santé : collecte des informations, diffusion à tous ceux qui ont à en connaître, surveillance des populations, alerte relative aux événements indésirables, gestion des crises et recherche épidémiologique,...

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de fonctionnement	168 705 963	168 705 963
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	8 984 368	8 984 368
Subventions pour charges de service public	159 721 595	159 721 595
Dépenses d'intervention	18 999 007	18 999 007
Transferts aux ménages	4 200 000	4 200 000
Transferts aux autres collectivités	14 799 007	14 799 007
Total	187 704 970	187 704 970

DEPENSES DE FONCTIONNEMENT COURANT

Actions de soutien et de partenariats pour relayer la politique de santé publique : 1,56M€ en AE et en CP

Les crédits dévolus à ces actions couvrent tout d'abord le fonctionnement de la Conférence Nationale de Santé (CNS). Instance de concertation sur les questions de santé, la CNS est un organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la santé. Elle permet aux acteurs du système de santé d'exprimer leurs points de vue sur les politiques de santé, relaie les demandes et les besoins de la population en termes d'état de santé, d'accès au système de santé et favorise le dialogue entre les usagers, les professionnels, les autres acteurs et les responsables politiques. Elle est également consultée par le Gouvernement lors de la préparation de projets de loi relatifs à la santé publique. Elle formule des avis et propositions sur les plans et programmes prévus par le Gouvernement ou en vue d'améliorer le système de santé en France et contribue à l'organisation de débats publics sur les questions de santé. La CNS réalise un rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé, sur la base des rapports établis par les conférences régionales de santé.

En 2017 le niveau des crédits alloués à la CNS est rehaussé pour prendre en compte la priorité ministérielle donnée au développement de la démocratie en santé. Ils ont vocation à soutenir le fonctionnement de l'instance et à permettre la mise en œuvre de son programme d'activité. Ils contribueront également à l'organisation de débats publics.

Ces actions de soutien permettent aussi de rendre visible, de valoriser et d'accompagner la politique de santé publique via l'information et la communication à destination des professionnels de santé, des partenaires institutionnels et associatifs, des médias et du grand public.

Dans le contexte de la campagne française pour la direction générale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et des conséquences de l'urgence de santé publique de portée internationale qu'a constitué la maladie à virus Ebola, la France est actuellement particulièrement active dans le domaine de la santé dans des instances internationales telles que l'OMS, l'Union Européenne, le G7, le G20 ou encore l'OCDE.

Outre la participation de la DGS au financement de la candidature de la France pour le poste de Directeur général de l'OMS, la DGS poursuivra également le financement de la contribution obligatoire de la France à l'Organisation panaméricaine de la santé.

Dans la continuité de son action internationale et européenne en 2016, la DGS organisera en 2017 des événements visant à promouvoir la vision française de la sécurité sanitaire internationale, à renforcer l'action européenne de lutte contre l'antibiorésistance dans le cadre de l'action conjointe européenne, à développer le réseau de la francophonie à l'Assemblée mondiale de la santé, et à contribuer à la réflexion sur les migrations des personnels de santé, dans le cadre de la mise en œuvre du rapport onusien sur l'emploi en santé.

Veille, surveillance, évaluation et expertise (HCSP) : 0,57 M€ en AE et en CP

L'année 2017 sera marquée par l'accompagnement de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé (SNS). Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) sera notamment en charge de :

- fournir aux pouvoirs publics l'expertise nécessaire à la conception et à l'évaluation des stratégies de prévention et de sécurité sanitaire, en lien avec les agences sanitaires ;
- contribuer à évaluer les politiques de santé publique en promouvant la culture de l'évaluation, y compris en régions et en définissant les objectifs ou les actions à développer ou à arrêter ;
- proposer des objectifs, aider à finaliser des priorités, améliorer la préparation et les conditions de la mise en œuvre de la SNS ;
- contribuer à l'élaboration de la politique de santé des jeunes de 0 à 25 ans ;
- effectuer des recommandations de gestion sanitaire. Il s'agit par exemple de mettre en place des recommandations pour la gestion des urgences infectieuses (récemment épidémies de maladies à virus Ebola, Zika,...) ou dans le domaine de l'environnement.

Développement et exploitation des systèmes d'information de santé publique : 2,13 M€ en AE et en CP

Pour soutenir cette démarche, la DGS s'attache au développement de systèmes d'information (SI) sécurisés au profit de la prévention sanitaire (SI de gestion de la qualité des eaux), de la surveillance des facteurs de risques (SI de la lutte anti vectorielle...), du contrôle qualité des laboratoires ainsi que de SI utiles à la prévention et à la gestion des crises sanitaires ou à la surveillance de la santé des populations (SI alerte et crises, SI de gestion des certificats de l'enfant, DGS-URGENT,...).

Les développements des SI nationaux SISE-eaux d'alimentation et SISE-eaux de baignade constituent la plus grande base de données du ministère et colligent chaque année plus de 16 millions de résultats d'analyses officielles. Les évolutions fonctionnelles de ces SI seront poursuivies avec le souci d'une meilleure opérationnalité pour les ARS et les laboratoires agréés par le ministère pour le contrôle sanitaire des eaux. Cette extension visera en outre à proposer des fonctionnalités nouvelles en matière de SI géographique sur l'eau intéressant notamment les collectivités et facilitant le reporting périodique de la France à la Commission européenne.

Le périmètre du SI BIOMED, dédié à la gestion des laboratoires de biologie médicale sera, quant à lui, étendu à la prise en compte des laboratoires d'oxygénothérapie.

Une étude de faisabilité portant sur la mise en place d'un SI pour les Comités de protection des personnes, chargés d'évaluer les projets de recherches avant leur mise en œuvre, sera lancée afin de contribuer l'attractivité de la France pour les essais internationaux et d'assurer le respect des règles de prévention des conflits d'intérêts potentiels.

La DGS lancera également les premières études visant à s'assurer de la faisabilité de l'emploi des outils de géo localisation et d'intelligence artificielle dans la surveillance des espèces contaminantes par un projet partenarial santé – recherche, inscrit au sein de la feuille de route ministérielle « e-santé -2020 ».

Par ailleurs, pour garantir la mise en œuvre de l'article 26 de la LMSS, relatif à la transparence des dépenses de lobbying des industriels du tabac auprès des décideurs publics, la DGS lancera les études de faisabilité, puis le déploiement d'un système d'information, qui comprendra un site public.

Actions dans les Outre-mer : 0,22 M€ en AE et en CP

Les territoires ultramarins présentent des difficultés spécifiques qui diffèrent de celles de la métropole. L'ampleur de ces risques est presque constamment majorée par les conditions de vie, la précarité et les difficultés d'accès aux soins qui caractérisent une part importante de la population. L'effort de rattrapage engagé à leur bénéfice doit être poursuivi et amplifié afin de fournir un niveau de santé et de prise en charge comparable à ceux dont bénéficient les métropolitains.

Ces priorités se traduisent par des actions de prévention et de promotion de la santé portées par la Stratégie de santé pour les Outre-mer présentée en mai 2016. Elles concerneront les déterminants comportementaux ou socio environnementaux, notamment en matière de lutte contre le surpoids et l'obésité, l'amélioration des dispositifs d'observation et de connaissance des états de santé des populations ultramarines, le renforcement et l'appui de la coopération régionale et le développement de la recherche.

De plus, 0,092 M€ sont dédiés au financement des projets de pôle « santé environnement » de l'agence territoriale de santé de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Actions juridiques et contentieuses : 4,5 M€ en AE et en CP

Ces crédits servent principalement au règlement des contentieux relatifs aux accidents vaccinaux, à la maladie de Creutzfeldt-Jakob ainsi qu'à celui de contentieux liés aux autorisations d'ouverture de pharmacies et de laboratoires et à la sectorisation psychiatrique.

SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC

Ces crédits correspondent :

- à la subvention allouée à l'ANSP pour un montant de 150,54 M€, dont le financement est assuré à compter de 2017 intégralement par l'État afin de simplifier les circuits de financement de l'agence ;
- à la subvention allouée à l'EHESP pour un montant de 9,18 M€.

Ces dotations sont destinées à couvrir les charges de service public des opérateurs. Elles sont définies en fonction de l'évolution des missions et de l'activité des opérateurs dans le cadre de l'effort de réduction des dépenses de fonctionnement et d'intervention demandé aux opérateurs pour le budget pluriannuel 2015-2017.

Les présentations détaillées de l'ANSP et de l'EHESP figurent dans la partie « Opérateurs » du présent projet annuel de performance.

TRANSFERT AUX MENAGES : 4,2 M€ en AE et en CP

4,2 M€ en AE et en CP sont destinés à des indemnisations suite à des décisions de justice.

DÉPENSES D'INTERVENTION**TRANSFERTS AUX AUTRES COLLECTIVITES****Actions de soutien et de partenariats pour relayer la politique de santé publique : 5,8 M€ en AE et en CP**

Ces crédits sont pour partie destinés à contribuer au soutien d'actions visant à favoriser le développement de la démocratie en santé, notamment la représentation des usagers du système de santé et de leur professionnalisation (actions de formation). Ils permettront de développer des missions d'animation de réseau, d'information, de représentation et de plaidoyer, ainsi que d'intensifier de façon ponctuelle des actions de communication et d'échanges au profit des têtes de réseau associatif agréées. Des travaux ponctuels, en lien avec la DGS, sur des messages de prévention et de sécurité sanitaire au plus près des besoins et des attentes des usagers seront également financés. Des actions sont également soutenues par le biais de trois associations qui assurent une fonction de têtes de réseau avec pour objectif l'implication des villes dans les politiques de santé. Les réseaux ont une couverture nationale comportant près de 120 villes ou communautés d'agglomération, dont toutes les capitales régionales. Les subventions accordées contribuent à l'organisation de journées nationales et à la publication de guides pratiques relatives aux dynamiques territoriales de santé et à l'ensemble des problématiques de santé à prendre en compte dans ce cadre :

comportements de santé, accès à la prévention et aux soins des publics démunis, etc. Ainsi, selon les thèmes traités un soutien à leurs activités peut être apporté conjointement avec d'autres entités de la DGS (à l'instar, par exemple, des dispositions prises avec le réseau français des villes santé OMS pour la promotion d'environnements favorables à la santé).

Les partenariats établis avec des associations de dimension nationale qui assurent une fonction de tête de réseau sont poursuivis, avec pour objectifs le développement de la santé publique et de ses savoir-faire en appui à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé (Société Française de santé publique – SFSP).

Études et recherche : 1,4 M€ en AE et en CP

Ces crédits mis en œuvre en administration centrale permettent de financer :

- l'observation en santé au niveau régional et local, en soutenant d'une part la mise à disposition sur Internet de la base « Score Santé » qui regroupe au niveau national l'ensemble des indicateurs disponibles au niveau régional ou infra régional, et d'autre part, l'amélioration de la qualité des travaux réalisés par les observatoires régionaux de santé en appui aux ARS et aux collectivités locales (Fédération nationale des observatoires régionaux de santé – FNORS) ;
- le programme de recherche en santé publique : coordonné par l'Institut de recherche en santé publique (IReSP), ce programme a notamment pour vocation le financement d'appels à projets ciblés sur des grands objectifs de santé, l'aide à la mise en place et l'exploitation de grandes enquêtes et de grandes bases de données, la constitution d'outils et de plates-formes scientifiques et technologiques utiles aux équipes de recherche en santé publique et l'appui méthodologique et scientifique à des activités d'expertise susceptibles d'éclairer les politiques de santé publique. Les projets de recherche s'inscrivent dans une perspective pluriannuelle. Depuis 2014, un accent particulier est mis sur le développement de la recherche dans le domaine de la prévention, notamment sur la recherche menée sur les interventions conduites dans ce domaine. Depuis 2016, un appel à projets spécifique vise à soutenir des projets pluridisciplinaires portant sur les services de santé mais aussi plus largement sur le système de santé, en mettant l'accent sur la coordination et les parcours de soins, les patients-usagers, les transformations et innovations, l'équité et les inégalités de santé, et l'évaluation ;
- le soutien aux sociétés savantes, à des manifestations scientifiques et à des actions de formation méthodologique, afin de continuer à soutenir le développement de l'expertise épidémiologique nécessaire à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé ;
- les travaux nécessaires au développement et à la mise en œuvre de la méthodologie d'évaluation de l'impact des politiques publiques sur la santé, en appui aux travaux du Comité interministériel pour la santé institué par le décret n° 2014-629 du 18 juin 2014 portant création du Comité interministériel pour la santé ;
- la poursuite des actions de soutien aux grandes études en santé, notamment par l'exploitation, pour répondre à des besoins de connaissances utiles à l'élaboration des politiques de santé, de données recueillies par les grandes études de cohorte en population générale.

Développement et exploitation des systèmes d'information de santé publique : 2,4 M€ en AE et en CP

Au titre de ce volet, les crédits seront consacrés au développement de SI de santé hautement sécurisés et intégrant des données de santé patients visant à :

- la déclaration des événements indésirables par les patients, professionnels de santé ou autres professionnels et leur diffusion la plus rapide vers les agences en charge de leur évaluation et expertise ;
- la gestion des données recueillies et traitées par les centres antipoison, et en particulier des modules assurant la mutualisation de la prise en charge des déclarations afin d'assurer une continuité du service rendu aux usagers ;
- la poursuite du projet de dématérialisation de la gestion des certificats de décès, projet interministériel de simplification administrative au profit des familles, des collectivités territoriales et de l'État.

Les deux premiers dossiers seront confiés en maîtrise d'ouvrage déléguée (MOA) au GIP ASIP- Santé, la MOA déléguée du troisième étant assurée par l'INSERM.

Actions juridiques et contentieuses : 5,2 M€ en AE et en CP

L'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) assure, pour le compte de l'État, l'indemnisation des accidents vaccinaux survenus depuis le 1^{er} janvier 2006. Une dotation de 3,7 M€ est prévue à ce titre, à laquelle s'ajoute une dotation de 1,5 M€ au titre des dépenses de fonctionnement du collège d'experts chargé de l'examen des demandes d'indemnisation des victimes du benfluorex.

ACTION N° 12**0,3 %****Santé des populations**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FDC et ADP attendus
Autorisations d'engagement		1 142 000	1 142 000	
Crédits de paiement		1 142 000	1 142 000	

Corriger les inégalités et garantir les meilleures chances pour tous face à la maladie sont des enjeux importants pour la politique de santé publique. Elle vise notamment à apporter au grand public et particulièrement aux plus fragiles l'information et l'éducation en santé dont ils ont besoin. Les actions à mener, dans le cadre notamment du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté le 21 janvier 2013, par le Comité Interministériel de Lutte contre les Exclusions (CILE), se retrouvent dans plusieurs thèmes :

– Santé des populations en difficulté

Il s'agit de mettre les populations les plus précaires au cœur des politiques de santé publique, par un effort de prévention accru sur les principaux facteurs de risques comportementaux et environnementaux ou encore par des actions menées précocement auprès des enfants et de leurs familles dans une démarche de sensibilisation. Cette sous-action soutient des projets locaux ou territoriaux de santé publique dans le cadre des quartiers prioritaires et des contrats locaux de santé, ainsi que les actions relatives à la réduction des inégalités sociales de santé, qu'il s'agisse notamment d'actions de médiation sanitaire figurant au programme national de médiation sanitaire, ou de celles figurant aux Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) mis en œuvre par les ARS. Ces actions du PRAPS, programmes obligatoires du projet régional de santé (PRS), sont également financées par les ARS dans le cadre du FIR. Elles regroupent des actions transverses aux déterminants de santé et aux pathologies, et permettent à d'autres actions de faciliter l'accès aux droits et aux soins des personnes qui en sont le plus éloignées.

– Santé des jeunes

Si l'état de santé des enfants demeure globalement satisfaisant, des inégalités sociales et/ou territoriales d'accès à la prévention et aux soins, aggravées par les problèmes de démographie médicale, persistent. La santé des jeunes est une priorité en termes de prévention et de promotion de la santé. Une politique active en lien avec les autres départements ministériels (éducation nationale, enseignement supérieur, sport et jeunesse) sera poursuivie. L'objectif est de prévenir des comportements à risque ou de réduire leurs conséquences en termes de morbidité et de mortalité. Ces actions constituent des axes d'intervention prioritaires rappelés par une nouvelle convention cadre de partenariat de santé publique entre le ministère chargé de la santé et le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Dans ce cadre, la réglementation de l'offre de boissons alcoolisées destinée aux adolescents et jeunes adultes a aussi été renforcée et la lutte contre le tabagisme est inscrite dans un ambitieux programme global : le programme national de réduction du tabagisme, dont le premier axe est destiné à éviter l'entrée des jeunes dans le tabagisme.

– Santé de la mère et de l'enfant*L'accès de toutes les femmes à la contraception*

La prévention des grossesses non désirées est inscrite dans les actuels schémas régionaux de prévention qui prévoient des actions visant à favoriser l'accès de toutes les femmes à la contraception. Un meilleur accès est permis par des mesures facilitant la prise en charge financière du parcours contraceptif (consultations et examens biologiques) et la gratuité des contraceptifs pour les adolescentes. Par ailleurs, un programme d'actions intitulé « genre et santé sexuelle », conçu dans le cadre d'un partenariat entre la DGS et le Mouvement français pour le planning familial (MFPF), vise à faciliter l'information et la sensibilisation des publics notamment les plus vulnérables. Ce programme a pour objectif de faciliter l'accessibilité aux dispositifs et aux droits en matière de contraception et

d'avortement, et de favoriser l'acceptabilité de la contraception pour les femmes les plus éloignées de l'information et en difficulté pour exercer leurs droits.

L'accès des femmes à un droit effectif à l'IVG

Les projets régionaux de santé (PRS) doivent organiser une offre de soins permettant d'assurer la prise en charge de toutes les IVG (médicamenteuse et instrumentale), dans de bonnes conditions (rapidité d'accès et choix de la méthode pour toutes les femmes) et dans chaque territoire. Ils veillent également à diversifier les modes de prise en charge de l'IVG au sein de tous les établissements et à développer l'IVG hors établissement. En 2015, la ministre chargée de la santé a annoncé un programme national pour améliorer l'accès à l'IVG. Dans ce cadre, un plan régional d'accès à l'IVG sera élaboré par chaque ARS afin d'organiser une réponse adaptée aux différentes situations, en prenant en compte les enjeux d'accès aux soins sur les territoires et de qualité et sécurité des prises en charge. Dans l'objectif d'améliorer l'accès aux IVG, il convient d'assurer la coordination des différents acteurs, en veillant à la complémentarité de l'offre en établissements de santé et hors établissements de santé, avec accès aux différentes méthodes. Dans le cadre du programme « Genre et santé sexuelle » du MFPP, la DGS soutient la mise en œuvre du numéro vert national « Sexualité, contraception, IVG ». Toutes ces actions s'inscriront en 2017 dans le cadre de la future stratégie nationale en santé sexuelle et reproductive.

Améliorer la santé et la prise en charge des femmes enceintes et des jeunes mères

La fécondité française se maintient en 2015 à un niveau élevé par rapport aux autres pays européens (800 000 naissances en France), même si le nombre de naissances diminue légèrement par rapport aux années précédentes. Des actions sont mises en œuvre pour développer la prévention dès la période préconceptionnelle, afin de réduire la survenue de handicaps évitables, pour améliorer la santé maternelle et la santé périnatale par une prise en charge précoce et adaptée des femmes enceintes. Des actions spécifiques sont également menées en direction des femmes en situation de vulnérabilité. Compte tenu de la diversité des professionnels intervenant dans le champ de la périnatalité, il est nécessaire d'inciter ceux-ci à travailler en réseau autour de la femme et du nouveau-né, particulièrement dans les situations de précarité et de les soutenir au niveau national.

Améliorer la santé de l'enfant

La périnatalité et la petite enfance font intégralement partie des priorités en faveur de la jeunesse. Ces thèmes sont déclinés au sein des PRS par les ARS à travers un certain nombre d'orientations nationales qui s'appuient sur les travaux menés par le HCSP et sur les dispositions prévues par la LMSS concernant l'enfant.

– Traumatismes et violences

Concernant les violences faites aux femmes et la lutte contre les mutilations sexuelles, un effort important sera poursuivi notamment pour sensibiliser, mobiliser, informer et former les professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, infirmières, puéricultrices) en capacité d'intervenir, soit pour prévenir la survenue de mutilations sexuelles féminines, soit pour dépister et mieux prendre en charge les femmes qui ont été mutilées et qui en subissent les conséquences au quotidien.

– Politique vaccinale

Elle s'appuie sur le programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017, renforcé par le plan de rénovation de la politique vaccinale en France présenté par la ministre chargée de la santé en janvier 2016. Ce plan entend lutter contre le mouvement de défiance vis-à-vis de la vaccination qui s'est développé depuis quelques années. Il comprend quatre axes d'intervention :

- assurer une meilleure information du grand public et des professionnels de santé ;
- coordonner en assurant une meilleure gouvernance de la politique vaccinale ;
- lutter contre les tensions d'approvisionnement et les pénuries de vaccins ;
- lancer une grande concertation citoyenne sur le sujet de la vaccination.

Par ailleurs, des dispositions spécifiques à la vaccination ont été prévues par la LMSS et sont en cours de mise en œuvre.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de fonctionnement	0	0
Subventions pour charges de service public	0	0
Dépenses d'intervention	1 142 000	1 142 000
Transferts aux autres collectivités	1 142 000	1 142 000
Total	1 142 000	1 142 000

SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC

Compte tenu du regroupement de l'INPES, l'INVS, l'EPRUS et du GIP Adalis en mai 2016 au sein de l'ANSP, l'action 12 ne porte plus la dotation allouée à l'INPES.

DÉPENSES D'INTERVENTION

TRANSFERTS AUX AUTRES COLLECTIVITES

Santé des populations en difficulté : 0,54 M€ en AE et en CP

Ces crédits sont destinés à soutenir principalement l'action d'associations nationales et autres structures jouant un rôle de centre de ressources, d'appui et d'évaluation concernant la santé de populations particulièrement vulnérables : migrants et étrangers en situation de précarité, personnes retenues et placées sous main de justice, personnes sans abri, gens du voyage, population rom, jeunes en insertion,...

Ces crédits financent notamment le programme national de médiation sanitaire en direction des populations rom et gens du voyage et des actions portées par la DGS dans le cadre du plan quinquennal contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Des crédits soutiennent également des actions dans le prolongement du plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice », ainsi que des actions résultant de nouvelles mesures de la LMSS (notamment dépistage et réduction des risques en détention).

Ces financements concourent à la réduction des inégalités sociales de santé qui constitue une priorité de la SNS. Ils contribuent notamment à des actions en direction des jeunes qui sont une population cible de la SNS.

Santé de la mère et de l'enfant : 0,40 M€ en AE et en CP

En matière de périnatalité, les crédits permettront de financer la coordination nationale des réseaux de santé en périnatalité dans le contexte de consolidation et d'harmonisation de leurs missions au niveau régional. Des financements sont par ailleurs prévus au profit d'associations jouant un rôle de centre de ressources dans le domaine périnatal. Les problématiques concernent l'information des femmes victimes du distilbène et l'information du public et des professionnels sur la prévention des malformations. Des études pourront également être soutenues, notamment concernant la prématurité. En matière de prévention des grossesses non désirées, les crédits viseront à soutenir l'action d'associations nationales œuvrant notamment à l'amélioration de la prévention auprès des personnes les plus vulnérables, afin d'éviter qu'elles soient confrontées à une grossesse non désirée. En matière de santé de l'enfant, ils permettront de soutenir des actions visant à améliorer la prévention des troubles sensoriels et des apprentissages, la prise en charge de la douleur de l'enfant, la refonte du carnet de santé de l'enfant sur la base des recommandations du HCSP, ainsi que l'analyse des examens de prévention et de dépistage réalisés entre 5 et 6 ans.

Ces financements concourent notamment à l'objectif de renforcement de la prévention dès le plus jeune âge, tel que prévu par la SNS.

Traumatismes et violences : 0,11 M€ en AE et en CP

Ces crédits sont prévus pour soutenir des associations nationales œuvrant à l'information du public et des professionnels pour favoriser le repérage des situations de violence, améliorer la prise en charge et le suivi des cas et organiser la prévention. Des financements s'inscrivent dans le cadre du programme d'actions gouvernemental contre les violences et les discriminations commises en raison de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre et du 5^{ème} plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2017-2019).

Politique vaccinale : 0,09 M€ en AE et en CP

Ces crédits sont prévus pour soutenir des associations nationales et des sociétés savantes œuvrant à la communication auprès du public et à l'information et la formation des professionnels pour améliorer le taux de couverture vaccinale. Ces actions s'inscrivent dans le cadre du plan de rénovation de la politique vaccinale et s'appuieront sur les propositions issues de la concertation citoyenne organisée en 2016.

ACTION N° 14**13,0 %****Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FDC et ADP attendus
Autorisations d'engagement		55 942 546	55 942 546	
Crédits de paiement		55 942 546	55 942 546	

– Maladies neurodégénératives et maladies liées au vieillissement*Les maladies neuro-dégénératives*

En France, plus de 850 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et, selon les projections, près de 1 300 000 seront concernées à l'horizon 2020. La gravité de l'impact de ces maladies tant sur les malades que sur les aidants oblige à une mobilisation. Par ailleurs, 150 000 personnes souffrent de maladie de Parkinson et 85 000 de sclérose en plaques.

Le nouveau plan « Maladies neuro-dégénératives » 2014-2019, au périmètre élargi, traite de l'ensemble de ces maladies et concerne donc des populations adultes de tous âges. Les orientations de ce plan s'inscrivent dans la SNS et la stratégie nationale de recherche.

Les maladies liées au vieillissement

Le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie identifie les axes et les actions à mener en application du volet anticipation de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015. Ces actions qui s'inscrivent dans le parcours santé de la personne concernent l'amélioration des déterminants de la santé et de l'autonomie des personnes âgées, la prévention des pertes d'autonomie évitables et la limitation de la gravité des situations de dépendance, en veillant à réduire les inégalités sociales.

– Cancer dont dépistages et maintien à domicile

Les cancers sont devenus la première cause de mortalité en France et demeurent 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.

Le 3^e plan cancer 2014-2019 met l'accent sur les points suivants :

– la priorité accordée à la prévention, avec l'objectif de réduire de moitié le nombre des cancers liés à des causes évitables dans les vingt prochaines années ;

- la réduction des inégalités et des pertes de chances en garantissant un égal accès à la prévention et l'innovation et une qualité des soins optimale pour tous sur l'ensemble du territoire ;
- l'amélioration du dépistage ;
- l'amélioration de l'accès à la médecine personnalisée et à la diffusion des médicaments innovants ;
- la prise en compte de l'ensemble des situations individuelles et spécifiques en personnalisant les prises en charge quel que soit le parcours de la personne.

– Prévention des addictions

Tabac

Avec près de 79 000 décès chaque année, le tabac est la première cause de mortalité évitable. Le coût pour la société de cette consommation est estimé à 47 Md€.

Pour répondre à cet enjeu de santé publique, le « Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 » (PNRT) souhaité par le Président de la République, comprend des mesures choc articulées autour de trois axes d'intervention prioritaires : protéger les jeunes, aider les fumeurs à arrêter et agir sur l'économie du tabac.

Le programme doit assurer le développement d'une politique volontariste et inscrite dans la durée avec pour objectifs la diminution du tabagisme quotidien de 10% sur la durée de ce programme, un taux de prévalence du tabagisme inférieur à 20 % dans 10 ans et une génération de non-fumeurs d'ici 20 ans (moins de 5 % de fumeurs chez les jeunes de 20 ans).

Plusieurs mesures du PNRT se concrétisent en 2016 dans le cadre de la LMSS telles l'interdiction des arômes dans les produits du tabac (dont les cigarettes à capsules mentholées), la mise en place du paquet neutre et l'augmentation de la taille des avertissements sanitaires ou l'obligation pour le vendeur d'exiger une preuve de la majorité de l'acheteur de produit du tabac. Les mesures donnent aussi la possibilité pour les polices municipales de contrôler le respect de l'interdiction de vente aux mineurs et de l'interdiction de la publicité sur les lieux de vente. Elles permettent aussi l'interdiction de fumer dans un véhicule en présence d'un mineur et la détermination obligatoire de zones autour des établissements accueillant des mineurs dans lesquelles aucun nouveau débit de tabac ne puisse s'installer, ainsi que l'obligation de transparence des industriels du tabac sur leur action de lobbying.

Alcool

Malgré une diminution régulière de la consommation moyenne d'alcool pur par français de 15 ans et plus, celle-ci reste particulièrement élevée avec deux unités et demie d'alcool (25 grammes par jour) par personne. De ce fait, l'alcool est une source majeure de dommages sociaux et sanitaires. Sa part dans la mortalité évitable est majeure et on estime à près de 50 000 le nombre annuel de décès liés à l'usage d'alcool. La politique de lutte contre les usages nocifs d'alcool doit s'articuler autour de la prévention et de la prise en charge, avec une attention particulière à la politique de zéro alcool au cours de la grossesse compte tenu des conséquences possibles sur le fœtus, et de la protection des jeunes. Pour les mineurs, du fait de conséquences importantes sur le développement cérébral, il faut retarder au plus les usages précoces et viser une réduction des alcoolisations ponctuelles importantes. La prise en charge des personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool est également prioritaire et relève tant des professionnels de première ligne que des dispositifs spécialisés (médico-sociaux et hospitaliers). Les mouvements d'entraide sont un dispositif associatif de proximité qui vient en appui des dispositifs professionnels pour l'accompagnement des personnes en difficultés et de leurs proches et qui porte la parole des malades de l'alcool.

Autres pratiques à risques

Le versant sanitaire de la lutte contre les usages de drogues illicites s'appuie à la fois sur la prévention, la prise en charge et la réduction des risques et des dommages auprès des usagers.

Dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, des évolutions des pratiques de prise en charge sont prévues, en particulier s'agissant des modalités de traitements de substitution aux opiacés ou en développant l'intervention précoce auprès des jeunes avant l'installation d'une pratique addictive. Le plan vise notamment à prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux, notamment en développant les démarches de sensibilisation de ces populations et en améliorant l'accessibilité des dispositifs, des matériels et des traitements. En outre, la diffusion de nouveaux types de matériel de réduction des risques et des dommages sera appuyée pour mieux prendre en compte l'évolution des pratiques des consommateurs et des produits.

– Santé mentale

Il s'agit d'une priorité majeure en termes de stratégie de santé publique pour les années à venir, inscrite au nombre des cinq priorités de la stratégie nationale de santé. En effet, les troubles dépressifs représentent la troisième charge en termes de morbidité.

D'après l'OMS, cinq des dix pathologies les plus préoccupantes concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs. Par ailleurs, près d'un jeune de 15-30 ans sur dix déclare avoir connu un épisode dépressif caractérisé en 2010 et 7 % déclarent avoir eu recours à un professionnel de santé mentale dans l'année (Baromètre santé jeunes 2010). Le suicide constitue ainsi la deuxième cause de mortalité chez les 15/24 ans. On estime à environ 600 le nombre de décès annuels par suicide avant l'âge de 25 ans.

L'approche santé mentale ne limite pas son intervention aux maladies psychiatriques. Elle inclut les questions de prise en charge par les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie générale, mais aussi la prévention des affections évitables par des actions à visée individuelle ou collective, afin de réduire en amont la morbidité et la charge des maladies mentales.

En effet, les troubles psychiques, qui apparaissent la plupart du temps avant l'entrée dans l'âge adulte, sont multifactoriels, c'est-à-dire associés à des facteurs de risque génétiques, biologiques, environnementaux et collectifs. Parmi ces multiples déterminants, on peut souligner la place que jouent les facteurs et familiaux en interaction avec des fragilités personnelles qu'ils renforcent.

– Autres maladies chroniques

Touchant près de 15 millions de personnes, les maladies chroniques, dans leur ensemble, sont à l'origine de 60 % des décès dont la moitié avant l'âge de 70 ans. À ce titre, elles constituent un défi pour le système de santé tant sur le plan financier que dans l'organisation des soins.

– Infections par le VIH, les IST, les hépatites et la tuberculose

La lutte contre le VIH/Sida et les IST, les hépatites virales et la tuberculose s'intègre dans les volets « prévention », « lutte contre les inégalités de santé » et « organisation du parcours de santé des patients » de la SNS. La lutte contre la tuberculose est engagée en France depuis des décennies, dans le cadre du programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT).

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de fonctionnement	46 227 546	46 227 546
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	1 725 715	1 725 715
Subventions pour charges de service public	44 501 831	44 501 831
Dépenses d'intervention	9 715 000	9 715 000
Transferts aux autres collectivités	9 715 000	9 715 000
Total	55 942 546	55 942 546

DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT COURANT

Prévention des addictions : 1,7 M€ en AE et en CP

Ces crédits permettront de financer l'appui à la mise sur le marché de trousses de prévention pour usagers de drogues, conformément au décret n° 96-494 du 7 juin 1996 instituant une aide de l'État à la mise sur le marché de

matériels destinés à la prévention de la contamination par les virus du sida et des hépatites. Un travail d'évaluation des nouvelles trousse a été mené en 2016 et leurs caractéristiques devraient être modifiées en 2017 pour mieux prendre en compte l'évolution des pratiques des usagers injecteurs. Ceci pourrait avoir des conséquences sur la consommation et donc sur les dépenses afférentes.

La contribution volontaire de la France à la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT-OMS, que la France a ratifié en 2004) permet d'appuyer la poursuite de l'élaboration d'un cadre international sur les modalités de lutte contre le tabac en finançant le fonctionnement du secrétariat de la CCLAT.

Infections par le VIH, les IST, les hépatites et la tuberculose : 0,025 M€ en AE et en CP

Ces crédits serviront au fonctionnement du Conseil national du sida et des hépatites virales chroniques (CNSHVC). Ils accompagneront l'organisation par le ministère chargé la santé d'une journée nationale relative aux hépatites virales B et C et d'une journée nationale de présentation de la stratégie nationale de santé sexuelle.

SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC

44,5 M€ sont destinés à l'Institut national du cancer (INCa).

Cette dotation est destinée à couvrir les charges de service public de l'opérateur. Elle est définie en fonction de l'évolution des missions et de l'activité de l'opérateur dans le cadre de l'effort d'optimisation des dépenses de fonctionnement et d'intervention au sein du budget pluriannuel 2015-2017.

La présentation détaillée de l'INCa figure dans la partie « Opérateurs » du présent projet annuel de performance.

DÉPENSES D'INTERVENTION

TRANSFERTS AUX AUTRES COLLECTIVITES

Maladies neuro-dégénératives et maladies liées au vieillissement : 0,27 M€ en AE et en CP

Ces crédits seront destinés à la poursuite des mesures de prévention et d'accompagnement issues du plan national maladies neuro-dégénératives 2014-2019, en particulier la poursuite d'un partenariat sur trois ans avec l'Université de Lyon, en soutien d'une action se situant dans le cadre de l'action conjointe « Dementia » et qui a pour objet de diffuser l'état de l'art sur les bénéfices d'un diagnostic de démence et d'émettre des recommandations sur les meilleures stratégies diagnostiques de la démence. Il s'agit également de soutenir les associations de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives et de professionnels pour la contribution aux actions du plan destinées à améliorer le repérage et la prise en charge des personnes concernées, ainsi que l'accompagnement de leurs proches.

Prévention des addictions : 1,97 M€ en AE et en CP

La mobilisation des crédits 2017 s'inscrira dans la réalisation du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, du troisième plan cancer et du PNRT 2014-2019.

Ces crédits permettront de soutenir quatre associations nationales intervenant auprès du grand public et des professionnels et veillant au respect du cadre réglementaire, qui a fortement évolué en 2016, et à l'évolution des pratiques de professionnels de santé. Leur action s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS et du PNRT 2014-2019. La transposition de la directive 2014/40 relative aux produits du tabac, par la loi du 26 janvier 2016, l'ordonnance du 19 mai 2016 et le décret du 12 août 2016 ainsi que les mesures portées par le PNRT imposent la réalisation de nombreuses nouvelles actions et une mobilisation renforcée des partenaires associatifs.

Ces crédits subventionneront des associations œuvrant à la fois dans le champ de la recherche, de la prévention et de la prise en charge ainsi que la réduction des risques et la prévention des usages nocifs de l'alcool principalement auprès des jeunes. Ils permettront une coordination associative des mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique menant des actions de prévention et d'accompagnement en direction d'anciens buveurs et de leur entourage, ainsi que des actions de communication et de plaidoyers.

En ce qui concerne les drogues illicites, plusieurs associations nationales œuvrant à la réduction des risques auprès des usagers de drogues seront subventionnées. Elles disposeront des crédits pour du matériel de formation pour les professionnels et bénévoles, pourront faire des interventions et disposer d'une connaissance de l'état des automates distributeurs/récupérateurs de trousse de prévention. Leurs actions s'inscrivent dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 et sa déclinaison dans un plan d'actions 2016-2017.

Santé mentale : 1,23 M€ en AE et en CP

Les crédits seront destinés à soutenir les acteurs associatifs qui mènent des actions de prévention dans le champ de la santé mentale inscrite au rang des priorités de santé dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

Trois objectifs sont poursuivis :

- le soutien des associations nationales intervenant auprès des publics souffrant de troubles psychiques et leur entourage, et auprès des professionnels. Les actions menées visent le soutien et l'accompagnement des patients (et/ou des familles), par la mise à disposition de services d'accueil téléphonique (avec une perspective de professionnalisation des écoutants), de groupes de paroles, d'information la plus large possible sur la maladie mentale aux fins de déstigmatisation ;
- la poursuite des actions de prévention du suicide menées dans le cadre d'un nouveau programme national de prévention du suicide et des actions expérimentales telles que Vigilans : dispositifs de suivi post-hospitalier des « suicidants », tous fortement inspirés d'un travail collaboratif commun : le PHRC ALGOS dans la région des Hauts de France. Le dispositif de veille a été mis en place dans cinq régions françaises (Normandie, Bretagne, Midi-Pyrénées-Languedoc Roussillon, Martinique et Hauts-de-France) mettant à contribution patients, médecins traitant, psychiatres et psychologues de ville, urgentistes et « recontacteurs » et va bénéficier d'une évaluation confiée par la DGS à l'ANSP ;
- le soutien des associations nationales intervenant auprès des professionnels et qui permettent de faire avancer la connaissance et les pratiques dans le champ de la discipline psychiatrique et de la santé mentale telles que la remédiation cognitive, la prévention en santé mentale avec la semaine d'information en santé mentale, les bonnes pratiques de prise en charge des troubles du comportement alimentaire, les conseils locaux de santé mentale,...

Autres maladies chroniques : 1,15 M€ en AE et en CP

Ces crédits seront consacrés au soutien :

- des acteurs de la plate-forme maladies rares et Orphanet pour la diffusion d'informations relatives aux maladies rares, dans l'attente des nouvelles orientations du troisième plan à venir concernant les maladies rares ;
- des associations têtes de réseau au plan national contribuant au développement d'outils d'information du public et des professionnels, en accompagnement de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie et de ses textes d'application du 3 août 2016, pour faire mieux connaître ses dispositifs (directives anticipées, personne de confiance, sédation profonde et continue), ainsi qu'aux actions en matière de lutte contre la douleur, notamment pour ce qui concerne la fibromyalgie ;
- des associations têtes de réseau au plan national contribuant à la promotion de la prévention des maladies chroniques, ainsi qu'à l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques et leurs proches, avec un renforcement des actions de la DGS dans le domaine de la prévention des maladies cardiovasculaires et du diabète et des actions en faveur de la qualité de vie des personnes insuffisantes rénales.

Infections par le VIH, les IST, les hépatites et la tuberculose : 5,1 M€ en AE et en CP

Les prévisions de dépenses s'élèvent à :

- 4,76 M€ en AE et en CP pour la lutte contre le VIH/Sida et les IST. Ces crédits renforceront les actions déjà engagées et celles lancées dans le cadre de la prochaine stratégie nationale de santé sexuelle et de la lutte contre le VIH et les IST en métropole et dans les DOM. Pour leur plus grande partie, les crédits nationaux sont destinés à soutenir les actions d'envergure nationale d'information, de prévention et dépistage, de soutien et d'accompagnement des associations dites « têtes de réseaux », en direction des personnes atteintes, des publics prioritaires (personnes homosexuelles et personnes migrantes) et de la population générale (notamment les femmes). Une trentaine d'associations ainsi soutenues chaque année participent à la mise en œuvre de ces actions de lutte contre le VIH-SIDA dans une approche globale de santé sexuelle. Ces crédits serviront également à renforcer les interventions associatives innovantes en faveur des publics prioritaires (par l'information, l'aide auprès des personnes atteintes et de

leur entourage et à la prise en charge des personnes atteintes) et les actions d'évaluations et de recherche, notamment celles soutenues par l'ANR sur le sida et les hépatites virales.

– 0,3 M€ en AE et en CP pour la lutte contre les hépatites B et C. Ces crédits contribuent à renforcer les actions pour la prise en charge des personnes infectées par les virus des hépatites B et C, notamment le partenariat avec les associations. Ces crédits servent aussi aux actions d'information et de formation des professionnels et aux évaluations et études (notamment de l'ANR sur le sida et les hépatites virales).

Certaines actions de lutte contre le VIH/IST sont par ailleurs complémentaires de celles menées dans le cadre de la lutte contre les hépatites B et C. Il en résulte une coordination des financements des actions VIH/IST et hépatites car les opérateurs associatifs sont souvent les mêmes et les actions dirigées vers des publics similaires.

– 0,04 M€ en AE et en CP pour la lutte contre la tuberculose. Ces crédits servent au soutien des associations d'information et d'aide des personnes atteintes et de leur entourage.

ACTION N° 15

4,5 %

Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FDC et ADP attendus
Autorisations d'engagement		19 369 843	19 369 843	
Crédits de paiement		19 369 843	19 369 843	

L'action n°15 regroupe les crédits affectés aux mesures de prévention des expositions à des risques pour l'homme liées à l'environnement et à l'alimentation. Ils sont constitués de dépenses de fonctionnement destinées essentiellement au développement de normes et de référentiels techniques et à la réalisation de mesures ou d'études prévues par certains plans et réglementations (plan radon, Plan national santé environnement 3).

Ces crédits regroupent également des dépenses d'intervention sous forme de transferts vers des organismes spécifiques en matière de nutrition et santé (collectivités territoriales, observatoire de la qualité de l'alimentation, INSERM) et en matière de santé environnement (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation (ANSM), de l'environnement et du travail, réseau national de surveillance aérobiologique, ANSP, OMS, Institut national de la recherche agronomique,...) pour la mise en œuvre ou la poursuite de plans (plan chlordécone, programme national nutrition santé, plan national santé-environnement, plan 2014-2018 sur les micropolluants dans l'eau intégrant un volet sur les résidus médicamenteux dans l'eau, plan 2014-2018 d'actions nationales sur l'assainissement non collectif) et la production d'expertises scientifiques ou de réalisation de mesures dans le domaine des risques sanitaires liés à l'environnement, à l'alimentation et la nutrition, au soutien des politiques européennes et internationales dans ce domaine, à l'information du public et à la communication.

La loi de modernisation de notre système de santé contient de nombreuses mesures dans le domaine de la nutrition et de la santé-environnement dont la mise en œuvre a démarré dès 2016 et se poursuivra en 2017 :

- mise en place de l'information nutritionnelle ;
- interdiction de mise à disposition en accès libre des boissons avec ajouts de sucre ou d'édulcorants de synthèse ;
- lutte contre la maigreur excessive ;
- prescription d'activité physique pour les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) ;
- encadrement du bronzage artificiel ;
- information en matière de pollution atmosphérique ;
- lutte contre les expositions à l'amiante, au plomb, au bruit et au radon ;
- lutte contre les espèces végétales et animales dont la prolifération est nuisible à la santé humaine ;
- renforcement de la réglementation relative au bisphénol A dans les jouets ;
- information et protection des populations face aux risques liés aux accidents de la vie courante.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de fonctionnement	14 528 765	14 528 765
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	265 000	265 000
Subventions pour charges de service public	14 263 765	14 263 765
Dépenses d'intervention	4 841 078	4 841 078
Transferts aux autres collectivités	4 841 078	4 841 078
Total	19 369 843	19 369 843

DEPENSES DE FONCTIONNEMENT COURANT

Environnement et santé : 0,27 M€ en AE et en CP

Le développement de normes et de référentiels d'accréditation pour la réalisation de contrôles continuera à faire l'objet de travaux, notamment pour la réalisation des contrôles et des inspections des établissements recevant du public, pour les risques amiante, radon et bruit ainsi que les déchets d'activité de soins et les pratiques funéraires. Un soutien sera apporté à ce titre à l'association française de normalisation (AFNOR), au comité français d'accréditation (COFRAC) et à l'Institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS).

Concernant l'exposition au radon, la mise en œuvre du 3^e plan national d'actions pour la gestion du risque lié au radon va permettre la déclinaison d'actions améliorant la prise en compte de ce risque dans l'habitat individuel et les établissements recevant du public (ERP).

SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC

14,26 M€ sont destinés à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et de travail (ANSéS).

Cette dotation est destinée à couvrir les charges de service public de l'opérateur. Elle est définie en fonction de l'évolution des missions et de l'activité de l'opérateur dans le cadre de l'effort d'optimisation des dépenses de fonctionnement et d'intervention au sein du budget pluriannuel 2015-2017.

La présentation détaillée de l'ANSéS figure dans la partie « Opérateurs » du présent projet annuel de performance.

DÉPENSES D'INTERVENTION

TRANSFERTS AUX AUTRES COLLECTIVITES

Nutrition et santé : 1,36 M€ en AE et en CP

Ces crédits financeront l'observatoire de la qualité de l'alimentation (dont les missions sont intégrées à celles de l'observatoire de l'alimentation-section nutritionnelle) pour la quote-part concernant la participation au dispositif de l'ANSéS. Cet observatoire, grâce aux contributions de l'ANSéS notamment, permet de suivre les évolutions qualitatives de l'offre alimentaire au cours du temps, à travers la description des produits mis sur le marché, de disposer de paramètres socio-économiques dans un contexte de lutte contre les inégalités sociales, ainsi que d'évaluer l'impact des engagements contractuels pris par le secteur agroalimentaire en matière d'amélioration de la qualité de l'offre alimentaire. Une partie de son financement est assurée par l'Institut national de recherche agronomique (INRA).

Les crédits prévus viennent en appui de la finalisation des actions engagées dans le cadre du programme national nutrition santé (PNNS) 3 (2011-2015) et du lancement de celles du futur PNNS 4 et des réformes promues par la loi relative à la modernisation de notre système de santé, notamment dans le domaine de l'information nutritionnelle.

Ils financeront également des actions de sensibilisation à la thématique nutrition, ciblant les réseaux de travailleurs sociaux et les collectivités territoriales à travers la mise en place d'ateliers de formation et d'information ou la valorisation d'initiatives innovantes de certaines collectivités : actions destinées à améliorer l'information du public et des professionnels de santé sur les comportements favorables à la santé, sur les qualifications requises pour la formation à la pratique de l'activité physique. La recherche universitaire sur la nutrition sera également encouragée, notamment pour l'analyse prospective des coûts en santé publique liés à la nutrition ainsi que le suivi épidémiologique de la population.

Une expertise collective sur la problématique nutrition/obésité dans les Outre-mer sera initiée en 2017 après saisine de l'INSERM et de l'IRD.

Environnement et santé : 3,47 M€ en AE et en CP

Dans le domaine de l'alimentation, le troisième plan chlordécone (2014 - 2020), avalisé en juillet 2014, a succédé aux deux premiers plans (2008-2010) et (2011-2013) aux Antilles compte tenu de la mise en évidence de l'importance du vecteur alimentaire dans l'exposition de la population à ce polluant persistant de l'environnement. Les actions non achevées ou pérennisées dans le cadre des plans précédents seront poursuivies en 2017 pour veiller à la réduction de l'exposition de la population à ce toxique et renforcer la surveillance de ses effets sur la santé.

Ainsi, les analyses des études de cohortes menées par l'INSERM et l'ANSP (Étude TIMOUN, reconstitution de la cohorte de travailleurs, Étude Karuprostata) seront poursuivies, leurs résultats actualisés et la tenue des registres des malformations assurée.

Le financement de l'organisation de la toxicovigilance (SICAP géré par les centres anti-poisons de Nancy et de Paris) sera, en 2017, réalisé via une subvention spécifique versée à l'ANSÉS dans le cadre de la réforme des vigilances. Le portail de déclaration SYNAPSE (déclaration des mélanges) restera géré par l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS).

Le Plan national santé environnement 3 (PNSE3) (2015-2019), adopté en Conseil des ministres en novembre 2014, a été élaboré, en concertation avec les collectivités, les associations, les partenaires sociaux et les entreprises réunies au sein du groupe santé environnement (GSE), sous la responsabilité du ministère chargé de la santé et du ministère chargé de l'écologie en lien avec les autres départements ministériels concernés (ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ministère du travail, ministère de l'agriculture,...). Ce co-pilotage implique des financements répartis entre tous les acteurs. La déclinaison du PNSE3 au niveau des régions en plans régionaux santé environnement (PRSE) se poursuit, ces derniers devant être adoptés d'ici juin 2017. Renforcer la dynamique en santé environnement dans les territoires ainsi que la communication auprès des citoyens constitue l'un des axes forts du plan.

La prévention des allergies inscrite dans le PNSE 3 sera poursuivie notamment par le financement sur le Réseau National de Surveillance Aérobiologique (RNSA) qui délivre des messages d'alerte permettant aux patients allergiques de prévenir certaines expositions et d'ajuster leur traitement.

La réalisation d'expertises techniques et économiques nécessaires à l'élaboration de référentiels, notamment dans le domaine des eaux d'alimentation est également prévue. Des crédits seront versés à l'AFNOR en application d'une convention pluriannuelle. Dans le domaine des déchets d'activité de soins à risque infectieux, le Laboratoire national de métrologie et d'essais (LNE) se verra confier la réalisation des référentiels d'homologation des appareils de prétraitement de ces déchets.

L'acquisition de connaissances en matière d'exposition de la population aux fibres d'amiante, suite notamment aux rapports du Sénat en 2014 et du HCSP sera poursuivie notamment dans le cadre d'une saisine en cours de l'ANSÉS.

La prévention et l'amélioration des connaissances des risques liés au bruit, notamment en direction des jeunes, pour lutter contre les atteintes auditives et les traumatismes sonores aigus feront l'objet d'actions de prévention mieux ciblées, à la fois en direction des professionnels du secteur de l'animation et de la culture et des jeunes. Les conséquences des nuisances sonores aéroportuaires sur la santé de la population environnante et l'évaluation de la multi-exposition au bruit des Français continueront à faire l'objet d'études pluriannuelles et de suivi de cohorte en lien avec le ministère de l'environnement et l'Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux (IFSTTAR).

Concernant l'habitat, la lutte contre les expositions au monoxyde de carbone reste indispensable (communication, information, études) et des expertises doivent être poursuivies, notamment dans le cadre du plan de la qualité de l'air intérieur. Dans le cadre de ce plan, le Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB) continuera d'être financé, notamment pour poursuivre les travaux de l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur.

La lutte contre le saturnisme infantile et les impacts sanitaires des plombémies modérées resteront des actions importantes à mener.

L'acquisition de connaissances sur les accidents de la vie courante sera également améliorée en lien avec l'ANSP.

Des études de bio-surveillance sont en cours depuis plusieurs années. « Esteban » est une étude nationale, qui porte sur plusieurs aspects de la santé : l'exposition à certaines substances de l'environnement, l'alimentation, l'activité physique et certaines maladies chroniques ou facteurs de risque (diabète, allergies, maladies respiratoires, hypertension artérielle, hypercholestérolémie,...). Portée par le ministère des affaires sociales et de la santé et le ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer (MEEM), elle est réalisée par l'ANSP. Elle permettra de mieux connaître notre santé, ses facteurs de risque et de protection, et d'orienter les actions de prévention et de santé publique.

En cohérence avec l'objectif de prévention de l'allergie prévu par le PNSE3, des financements sont prévus pour l'observatoire de l'ambrosie créé en 2011 avec le soutien de l'INRA. Cet organisme est chargé de soutenir, coordonner et renforcer les actions de surveillance, de prévention et de lutte contre cette plante envahissante et allergisante ainsi que de la réalisation d'une étude sur l'évaluation des messages sanitaires en cas de pics de pollution atmosphérique (recommandations HSCP, IGAS/CGEDD/IGA) et l'élaboration de messages adaptés à des publics spécifiques.

La maîtrise de la qualité sanitaire de l'eau distribuée au robinet du consommateur, quels que soient le territoire et le service des eaux, doit permettre une amélioration progressive des bilans de conformité des 27 000 unités de distribution française alimentées à partir de 33 000 captages. À cet effet, plusieurs actions seront engagées sous la coordination des ARS en charge du contrôle sanitaire réglementaire de l'eau et de la valorisation de l'expertise de la France en ce domaine en lien avec l'ANSÉS.

La sécurité des Français vis-à-vis des risques de contamination intentionnelle des réseaux de distribution d'eau potable doit être assurée avec la mise à niveau constante du réseau des laboratoires Biotox-eau notamment en termes de capacité d'intervention, grâce à la coordination du réseau confiée à l'ANSÉS.

Le plan sur les micro-polluants dans l'eau inscrit dans le PNSE3 et intégrant le plan national sur les résidus de médicaments dans l'eau (PNRM), et le plan d'actions nationales sur l'assainissement non collectif (PANANC), mis en place en lien avec le MEEM pour la période 2014-2018, proposent diverses actions pour répondre aux attentes des Français en ces domaines.

La concertation avec les très nombreux acteurs de l'eau, notamment scientifiques et techniques, sera poursuivie sur des sujets émergents et d'intérêt commun, au travers d'actions spécifiques confiées à des organismes fédérateurs et reconnus au niveau national (ASTEE).

La participation à de nombreux travaux nationaux, européens et internationaux sera soutenue notamment dans le domaine de la qualité des eaux d'alimentation. Ainsi, sera poursuivi le financement d'activités internationales dans le cadre de l'engagement de la France auprès de l'OMS-Europe et de l'ONU (UNECE) au titre du Protocole sur l'eau et la santé.

ACTION N° 16

0,3 %

Veille et sécurité sanitaire

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FDC et ADP attendus
Autorisations d'engagement		1 365 674	1 365 674	
Crédits de paiement		1 365 674	1 365 674	

En matière de veille et sécurité sanitaire, l'action 16 « Veille et sécurité sanitaire » supporte :

– L'organisation de la veille et des vigilances sanitaires

Cette sous-action comporte la promotion de la veille sanitaire, notamment par la création d'un portail de signalement des événements sanitaires indésirables et la réforme des vigilances sanitaires et des dispositifs d'appui aux ARS.

– La prévention des risques infectieux émergents et préparation des crises sanitaires

Cette sous-action comporte l'élaboration et la mise en application d'actions de prévention, de réduction et de gestion des risques infectieux émergents, au premier rang desquels sont les maladies transmises par des vecteurs (moustiques, tiques...), et les infections présentant des résistances aux antibiotiques, notamment lorsqu'elles sont associées aux soins.

La lutte anti-vectorielle (LAV) est un aspect de la lutte contre les maladies humaines infectieuses transmises par des vecteurs (paludisme, dengue, chikungunya, virus du Nil occidental, Zika, fièvre de la vallée du Rift, etc.) qui consiste à surveiller et contrôler les insectes vecteurs de ces maladies. L'émergence des maladies à transmission vectorielle devient une préoccupation grandissante de santé publique, comme en témoignent les inquiétudes ressenties autour du virus Zika et de la maladie de Lyme.

Quatre types d'actions sont principalement mises en œuvre pour renforcer la surveillance épidémiologique et entomologique : évaluer les risques de dissémination, renforcer la lutte contre les moustiques, vecteurs potentiels de maladies, informer et mobiliser la population et les professionnels de santé et développer la recherche et les connaissances.

Ces actions concernent non seulement les départements et collectivités d'Outre-mer soumis à une pression épidémique particulièrement importante, mais aussi, ne serait-ce que pour les risques liés aux moustiques, plus de 30 départements de métropole, dans lesquels est constatée l'existence de conditions entraînant un risque de maladies humaines transmises par les insectes.

Le Centre national d'expertise des vecteurs (CNEV) permet de mobiliser rapidement et efficacement les expertises nécessaires en entomologie.

La prévention des infections associées aux soins se conçoit sur le champ large du parcours de soins plutôt que sur une vision purement nosocomiale. L'émergence de bactéries multi-résistantes fait l'objet d'une vigilance accrue afin d'éviter leur dissémination à travers le parcours de soins des patients. Le Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins élaboré en 2015 comporte de nombreuses actions en lien avec le plan national d'alerte sur les antibiotiques.

Dans un contexte de menace terroriste renforcé, cette sous-action permet également de financer en partie le fonctionnement du Centre National de Formation Civilo-Militaire.

Des évolutions dans la répartition des compétences sont à noter en 2017 :

- les activités de l'ANSP relatives à la gestion de la réserve sanitaire et de l'établissement pharmaceutique seront intégralement financées par l'État à compter de 2017 ;
- l'État détient la compétence pour réaliser les examens relatifs au dépistage de la rage sur les animaux suspects d'être à l'origine de contamination humaine. Ce dépistage, obligatoire, est un outil central du dispositif de prise en charge spécifique des cas suspects de rage après exposition à un animal. Le financement de ce dispositif, jusque-là assuré par l'État sur le programme 204 par convention avec l'Institut Pasteur, sera désormais porté, toujours par convention avec l'Institut Pasteur, par l'ANSP ;
- les dépenses relatives à des SI ne sont plus imputées sur l'action 16. Cela concerne SISAC (Système d'Information Sanitaire des Alertes et Crises), dont le déploiement sera poursuivi en 2017, ainsi que le développement et l'expérimentation d'un SI dédié à la LAV contribue à améliorer le pilotage des actions de LAV.

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 JUSTIFICATION AU PREMIER EURO

– La gestion des alertes et des crises sanitaires

Cette sous action finance le fonctionnement de la plate-forme téléphonique ACTICALL, activée lors de situations sanitaires exceptionnelles telles les épisodes de canicule, pour répondre aux interrogations du public.

Par ailleurs, la DGS conduit une politique d'exercices de crises sanitaires visant à renforcer la préparation et la professionnalisation de l'ensemble des acteurs concernés. L'action 16 contribue à financer cette politique, prépondérante dans le contexte actuel de menaces, notamment terroristes.

Enfin, la DGS a été certifiée ISO9001 en 2015 sur une partie de ses activités. L'action 16 participe au financement non seulement du maintien de cette accréditation, mais aussi de la poursuite du déploiement de cette démarche.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de fonctionnement	990 000	990 000
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	990 000	990 000
Subventions pour charges de service public	0	0
Dépenses d'intervention	375 674	375 674
Transferts aux autres collectivités	375 674	375 674
Total	1 365 674	1 365 674

DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT COURANT**Organisation de la veille et des vigilances sanitaires**

En matière de veille et de vigilances sanitaires, le projet majeur est le déploiement du portail de signalement des événements sanitaires indésirables en 2017. Ce déploiement implique des dépenses en matière de SI qui sont retracées dans le cadre de l'action n°11.

Prévention des risques infectieux émergents et préparation des crises sanitaires : 0,66 M€ en AE et en CP

Ces crédits serviront, à hauteur de 0,62 M€, à financer la surveillance des moustiques vecteurs de maladies infectieuses assurée par les organismes publics de démoustication qui exercent cette surveillance pour le compte de l'État (ententes interdépartementales de démoustication, etc.) ainsi qu'une partie du fonctionnement du Centre National de Formation Civilo-Militaire pour un montant de 0,04 M€.

Gestion des alertes et des crises sanitaires : 0,33 M€ AE et en CP

Ces crédits serviront à financer la plate-forme téléphonique ACTICALL, ainsi que la participation du ministère à des exercices de crise sanitaire.

SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC

Dans le cadre de la création de l'ANSP en mai 2016, l'action 16 n'est plus concernée par le versement de la SCSP à l'EPRUS.

DÉPENSES D'INTERVENTION**TRANSFERTS AUX AUTRES COLLECTIVITES****Prévention des risques infectieux émergents et préparation des crises sanitaires : 0,38 M€ en AE et en CP**

Les crédits sont consacrés au fonctionnement du Centre national d'expertise sur les vecteurs (CNEV), cofinancé avec le ministère de l'agriculture et dont l'organisation sera revue en 2017, afin de renforcer la mobilisation des compétences sur les risques vectoriels, suite à une inspection conjointe de l'IGAS et du Conseil général de

l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux (CGAAER). Ils servent également au fonctionnement de la cellule d'intervention biologique d'urgence (CIBU).

ACTION N° 17**30,2 %****Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FDC et ADP attendus
Autorisations d'engagement		130 312 389	130 312 389	
Crédits de paiement		130 312 389	130 312 389	

Cette action rassemble les crédits dédiés aux politiques publiques visant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, des pratiques professionnelles, des recherches biomédicales, des produits de santé à savoir :

- la définition des principes de qualité et d'évaluation des pratiques de soins des professionnels de santé ;
- l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques pour la réalisation des actes et des pratiques de soins, l'encadrement de ces actes et pratiques ainsi que des actes à visée esthétique et des pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique ;
- l'organisation et la coordination du fonctionnement des comités de protection des personnes dans la recherche biomédicale ;
- la conception des politiques relatives aux médicaments à usage humain, aux dispositifs médicaux, aux produits cosmétiques, aux matières premières à usage pharmaceutique ;
- la conception des politiques relatives à la qualité et à la sécurité des éléments et produits du corps humain ainsi que les règles éthiques et les modalités d'encadrement des activités liées à ces éléments et produits.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de fonctionnement	126 582 887	126 682 887
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	93 160	193 160
Subventions pour charges de service public	126 489 727	126 489 727
Dépenses d'intervention	3 729 502	3 629 502
Transferts aux autres collectivités	3 729 502	3 629 502
Total	130 312 389	130 312 389

DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT COURANT**Autres actions relatives à la politique des pratiques et des produits de santé : 0,09 M€ en AE et 0,2 M€ en CP**

Ces crédits permettront de poursuivre les actions suivantes :

- la poursuite du soutien aux travaux de l'INSERM (Unité 669) en particulier sur l'étiopathie ;
- la poursuite du soutien aux travaux de l'AFNOR sur les normes relatives aux produits de tatouage et aux pratiques de soins, de bien-être ou d'esthétique ;
- la création de registres pour les dispositifs médicaux telle que prévue par la LMSS et son décret d'application.

Résistance aux antibiotiques et infections liées aux soins : 0,001 M€ en AE et CP

Les crédits seront consacrés à la mise à jour par le GIE Système d'information des produits de santé (SIPS) Thesaurimed d'un fichier national antibiotiques/doses définies journalières (DDJ), mis à disposition des opérateurs chargés du calcul des consommations d'antibiotiques. Ce fichier est disponible sur le site du ministère chargé de la santé.

SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC

Les crédits de subvention pour charge de service public représentent 13,81 M€ destinés à l'Agence de biomédecine (ABM) et 112,68 M€ destinés à l'ANSM.

Ces dotations sont définies en fonction de l'évolution des missions et de l'activité des opérateurs concernés, dans le cadre de l'effort d'optimisation des dépenses de fonctionnement et d'intervention au sein de leur budget pluriannuel 2015-2017.

Les présentations détaillées de l'ABM et de l'ANSM figurent dans la partie « Opérateurs » du présent projet annuel de performance.

DÉPENSES D'INTERVENTION

TRANSFERTS AUX AUTRES COLLECTIVITES

Autres actions relatives à la politique des pratiques et des produits de santé : 3,7 M€ en AE et 3,6 M€ en CP

3,62 M€ seront alloués aux comités de protection des personnes (CPP), dont la mission est de veiller à la protection des personnes participant aux recherches impliquant la personne humaine en s'assurant du bien-fondé d'un projet de recherche d'un point de vue scientifique et éthique.

Ces crédits permettront également de poursuivre des actions de soutien et de partenariat avec des partenaires dont l'action s'inscrit dans les priorités de la politique des pratiques et produits de santé (recommandations dans le domaine des produits de santé, soutien aux travaux conduits sur les pratiques non conventionnelles ou sur des thématiques de santé publique, soutien à des actions d'information ...).

Résistance aux antibiotiques et infections liées aux soins : 0,038 M€ en AE et CP

Les crédits seront alloués au département de santé publique du Centre hospitalo-universitaire de Nice pour le pilotage de la mise en place de l'outil européen e-Bug qui a pour objectif de sensibiliser les jeunes scolarisés aux maladies infectieuses et à la question de l'antibiorésistance.

ACTION N° 18**Projets régionaux de santé**

L'action 18 intégrait l'ensemble des crédits de prévention, promotion de la santé, veille et sécurité sanitaires alloués sur le programme 204 aux ARS, par l'intermédiaire du FIR prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique (CSP). Ce financement est désormais intégralement porté par l'assurance maladie.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses d'intervention	0	0
Transferts aux autres collectivités	0	0
Total	0	0

ACTION N° 19**8,3 %****Modernisation de l'offre de soins**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FDC et ADP attendus
Autorisations d'engagement		35 942 094	35 942 094	18 000 000
Crédits de paiement		37 242 094	37 242 094	18 000 000

La présente action concourt à l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population à travers la recherche d'une plus grande efficacité et d'une qualité sans cesse améliorée des prestations proposées.

Pour ce faire, l'État doit veiller à ce que l'offre de soins soit accessible et dispensée dans des conditions optimales.

Il se doit donc de porter son attention sur l'amélioration constante des performances de soins ainsi que sur la sécurité, la qualité et l'adaptation de la prise en charge sanitaire. 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 souci d'une allocation optimisée des moyens et dans la recherche constante d'une amélioration de l'efficacité des établissements de santé et des opérateurs.

L'action 19 du programme 204, qui finance notamment l'Agence de santé du territoire des îles de Wallis et Futuna et le Groupement d'intérêt public « Agence pour le développement des Systèmes d'Information de Santé Partagés » (GIP-ASIP Santé), participe ainsi à la réalisation de ces divers objectifs lesquels sont essentiellement portés par des crédits inscrits dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS).

Conception des politiques d'offre de soins et actions de modernisation

Ce dispositif vise à permettre le développement d'études, d'enquêtes et d'expertises par le recours à des prestataires extérieurs apportant à la DGOS une compétence et une expérience spécialisée pour des projets qui s'inscrivent dans le cadre de l'offre de soins.

Il permet, par ailleurs, d'accompagner la mise en œuvre des réformes résultant notamment de la LMSS et des dispositions à destination tant des professionnels du secteur hospitalier (administration, médecins, soignants), que des agents des services de l'État et de l'assurance maladie.

Agence de santé du territoire des îles de Wallis et Futuna

L'agence de santé des îles Wallis-et-Futuna, établissement public national administratif doté de l'autonomie administrative et financière, a été créée par l'ordonnance du 13 janvier 2000. L'agence regroupe deux hôpitaux et plusieurs dispensaires et prend en charge l'ensemble du système de santé local.

La DGOS assure, depuis 2013, la tutelle principale de l'agence et depuis cette date, les crédits destinés au fonctionnement de l'agence de santé ont été transférés du programme 123 « Conditions de vie Outre-mer » au programme 204, le financement de l'investissement restant quant à lui toujours à la charge du programme 123.

En termes de pilotage et de gestion, cela s'est d'ores et déjà traduit par un remboursement au début de l'année 2016 de la dette qu'avait accumulée cette agence depuis de nombreuses années. Par ailleurs, elle bénéficiera en 2017 d'une hausse de la subvention qui lui est allouée à partir des crédits du programme 204 afin de lui permettre d'assurer pleinement ses missions.

Groupement d'intérêt public « Agence pour le développement des Systèmes d'Information de Santé Partagés » (GIP-ASIP Santé)

Pour répondre à l'objectif de rationalisation de l'organisation et du fonctionnement des systèmes d'informations de santé, le GIP-ASIP Santé a été créé. Le programme 204 participe au financement du répertoire partagé des professionnels de santé.

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 JUSTIFICATION AU PREMIER EURO

Les frais de jury de certification des diplômes sanitaires

Il s'agit de crédits d'intervention destinés à la prise en charge des frais de jury des diplômes du champ sanitaire (VAE ou certification classique).

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de fonctionnement	1 280 094	1 280 094
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	1 280 094	1 280 094
Dépenses d'intervention	34 662 000	35 962 000
Transferts aux autres collectivités	34 662 000	35 962 000
Total	35 942 094	37 242 094

DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT COURANT**Conception des politiques d'offre de soins et actions de modernisation : 1,28 M€ en AE et CP**

Les crédits de fonctionnement courant destinés à la modernisation de l'offre de soins s'élèvent au total à 1,28 M€ en AE et en CP pour l'exercice 2017.

Ces crédits sont principalement destinés à la couverture de dépenses effectuées par la DGOS pour la réalisation d'études, de projets, et pour l'achat de prestations qui seront engagées pour des actions de modernisation du pilotage de l'offre de soins.

Ces actions supposent notamment le recours à des intervenants extérieurs : consultants en vue d'une aide pour la conduite de différents projets (accompagnement de la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 : Groupements hospitaliers de territoire GHT, Télémédecine, délais d'attente IVG, etc), experts pour l'assistance à la définition et à la mise en œuvre de politiques publiques de l'offre de soins. Une partie de ces crédits est, également, destinée à la passation de conventions ou l'achat de prestations diverses (par ex : publication au Bulletin officiel des annonces des marchés publics).

DÉPENSES D'INTERVENTION

Les crédits d'intervention de l'action 19 permettent de couvrir en 2017 trois types de dépenses assurées par l'État :

- la dotation de fonctionnement de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna ;
- la subvention allouée au GIP ASIP-santé ;
- les frais de jurys des diplômes sanitaires.

L'agence de santé de Wallis et Futuna : 30,5 M€ en AE et 31,8 M€ en CP

Le système de santé à Wallis et Futuna repose exclusivement sur l'agence de santé. Cet établissement public national à caractère administratif est chargé, au-delà de ses missions d'hospitalisation, de l'élaboration du programme de santé du territoire, de sa mise en œuvre sur le plan de la médecine, préventive et curative, et de la délivrance de médicaments.

L'agence de santé présente une situation tout à fait particulière puisqu'elle ne bénéficie d'aucune ressource propre et dispose d'un financement intégralement pris en charge par l'État, aussi bien pour son fonctionnement que pour son investissement.

En 2017, la dotation allouée à l'agence de santé pour prendre en charge son fonctionnement s'élève à 30,5 M€ en AE et 31,8 M€ en CP. Ce niveau de subvention permettra à l'agence de couvrir ses dépenses de fonctionnement afin d'assurer pleinement ses missions d'offre et d'organisation des soins sur ce territoire. La différence de 1,3 M€ entre les AE et les CP correspond à la deuxième annuité de remboursement du prêt consenti par l'Agence Française de Développement (AFD) fin 2015 pour apurer la dette de l'agence de santé d'un montant de 21,5 M€. Le remboursement de ce prêt est pris en charge sur les crédits du programme 204 et s'étale sur une durée de 20 ans à hauteur de 1,3 M€ par an.

Le Groupement d'Intérêt Public « Agence pour le développement des Systèmes d'Information de Santé Partagés (GIP-ASIP Santé) » : 0,5 M€ en AE et CP

Le GIP ASIP santé est principalement financé par des crédits de l'assurance maladie. Les crédits au titre du programme 204 qui lui sont alloués, d'un montant de 0,5 M€ contribuent au financement du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) qui intègre les données d'identification des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens, fournies et certifiées par les Ordres professionnels et par le Service de Santé des Armées et qui a vocation à regrouper à terme l'ensemble des professionnels de santé.

Les frais de jury de certification des diplômes sanitaires : 3,66 M€ en AE et CP

Ces crédits d'intervention sont destinés à la prise en charge des frais de jury des diplômes du champ sanitaire (VAE ou certification classique). Pour 2017, les crédits destinés à ces dispositifs qui font l'objet d'une convention avec l'ASP sont de 3,66 M€ en AE et CP.

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | OPÉRATEURS

OPÉRATEURS

Le volet opérateur des projets annuels de performance évolue au PLF 2017 pour tenir compte de la mise en œuvre, au sein des organismes qui y sont assujettis, de la comptabilité budgétaire introduite par le décret n°2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique. Ainsi, dans les parties consacrées à la présentation par opérateur, les tableaux figurant dans la rubrique relative au « budget initial 2016 de l'opérateur » comprennent, pour les opérateurs soumis à la comptabilité budgétaire, les états en droits constatés (compte de résultat et tableau de financement abrégés renseignés pour les comptes financiers 2015 et budgets initiaux 2016) ainsi que les nouveaux états introduits avec la comptabilité budgétaire (tableau des autorisations budgétaire et tableau d'équilibre financier renseignés pour les budgets initiaux 2016), en cohérence avec les états soumis au vote des organes délibérants à compter de l'exercice 2016.

RÉCAPITULATION DES CRÉDITS ALLOUÉS AUX OPÉRATEURS DE L'ÉTAT

Nature de la dépense	LFI 2016		PLF 2017	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Subventions pour charges de service public	285 668	285 668	344 977	344 977
Dotations en fonds propres				
Transferts				
Total	285 668	285 668	344 977	344 977

(en milliers d'euros)

Les crédits inscrits en PLF 2017 intègrent :

- la valorisation de l'extension en année pleine du transfert des effectifs des cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) à l'ANSP (+1,7 M€) ;
- la mesure de périmètre traduisant le financement intégral de l'ANSP par l'État dès 2017, à hauteur de + 65 M€. Cette agence était auparavant cofinancée par l'assurance maladie.

CONSOLIDATION DES EMPLOIS

EMPLOIS DES OPÉRATEURS Y COMPRIS OPÉRATEURS MULTI-IMPUTÉS POUR LE PROGRAMME CHEF DE FILE

Intitulé de l'opérateur	Réalisation 2015 (1)			LFI 2016			PLF 2017		
	ETPT rémunérés par ce programme (2)	ETPT rémunérés par les opérateurs			ETPT rémunérés par ce programme (2)	ETPT rémunérés par les opérateurs			ETPT rémunérés par ce programme (2)
		sous plafond	hors plafond	dont contrats aidés		sous plafond	hors plafond	dont contrats aidés	
ABM - Agence de biomédecine		249	12	0		247	16		
ANSM - Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé		991	5	5		970	6	4	
ANSP - Agence Nationale de Santé Publique									597 14
EHESP - Ecole des hautes études en santé publique		325	33	7		325	71		
INCa - Institut National du Cancer		150	8	3	0	149	12		
Total ETPT		1 715	58	15	0	1 691	105	4	2 253 93 12

(1) La réalisation 2015 reprend la présentation du RAP 2015.

(2) Emplois des opérateurs inclus dans le plafond d'emplois du ministère.

Les emplois sous plafond des opérateurs s'élèvent à 2 295 ETPT en LFI 2016. L'écart de 604 ETPT correspond aux ETPT prévus en LFI 2016 au profit du GIP Adalis, de l'INPES, de l'EPRUS et de l'InVS.

Les emplois hors plafond des quatre opérateurs ayant fusionné au sein de l'ANSP s'élèvent à 14 en LFI 2016.

■ EMPLOIS DES OPÉRATEURS RÉMUNÉRÉS PAR D'AUTRES PROGRAMMES, Y COMPRIS OPÉRATEURS MULTI-IMPUTÉS POUR LE PROGRAMME CHEF DE FILE

Intitulé de l'opérateur	Réalisation 2015 (1)	LFI 2016 (3)	PLF 2017
EHESP - Ecole des hautes études en santé publique	70	34	36
Total ETPT (2)	70	34	36

(1) La réalisation 2015 reprend la présentation du RAP 2015.

(2) Emplois des opérateurs inclus dans le plafond d'emplois du ministère.

(3) La LFI 2016 fait référence aux plafonds votés en Loi de finances initiale 2016 ou, le cas échéant, en Loi de finances rectificative 2016.

■ PLAFOND DES AUTORISATIONS D'EMPLOIS DES OPÉRATEURS DU PROGRAMME CHEF DE FILE

	ETPT
Emplois sous plafond 2016	2 295
Extension en année pleine du schéma d'emplois de la LFI 2016	-23
Impact du schéma d'emplois 2017	-40
Solde des transferts T2/T3	0
Solde des transferts internes	+21
Solde des mesures de périmètre	0
Corrections techniques	0
Abattements techniques	0
Emplois sous plafond PLF 2017	2 253
Rappel du schéma d'emplois 2017 en ETP	-40

Le plafond d'emplois des opérateurs est fixé à structure constante à 2 232 ETPT compte tenu de l'extension en année pleine du schéma d'emploi arbitré en 2016 et du schéma d'emploi 2017 qui s'élève à -40 ETPT.

À structure courante, le plafond d'emploi s'élève à 2 253 ETPT, comprenant +21 ETPT au titre de l'extension en année pleine du transfert des effectifs des CIRE à l'ANSP.

PRÉSENTATION DES OPÉRATEURS (OU CATÉGORIES D'OPÉRATEUR)

ABM - Agence de biomédecine

L'Agence de la biomédecine (ABM) est un établissement public administratif de l'État créé par la loi de bioéthique du 6 août 2004, qui exerce ses missions dans les domaines du prélèvement et de la greffe d'organes, de tissus et de cellules, ainsi que dans les domaines de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaines. La loi de bioéthique du 7 juillet 2011 a conforté les missions de l'agence et les a renforcées, par exemple en élargissant le cercle des donneurs vivants d'organes ou en permettant le don croisé. L'agence exerce des missions transversales (scientifiques, éthiques et régaliennes) dans ces champs d'activité et intervient tant au titre de son expertise que de sa fonction de régulation.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a notamment, d'une part, étendu les compétences de l'ABM en lui transférant la responsabilité de la biovigilance pour les organes, tissus, cellules et lactariums et, d'autre part, fait évoluer les modalités d'expression du refus concernant le don d'organes.

Gouvernance et pilotage stratégique

Le contrat d'objectifs et de performance (COP) 2012-2015 a été prolongé d'un an par avenant en date du 12 juin 2015 afin de faire coïncider son échéance avec celle du Plan Greffe 2 et du Plan d'Actions relatif à la procréation, l'embryologie et la génétique humaines.

Ce contrat qui arrive à échéance fin 2016 couvre quatre orientations stratégiques :

1. Orientation stratégique n°1 : Contribuer à améliorer l'accès à la greffe d'organes, de tissus et de cellules en France ;
2. Orientation stratégique n°2 :
 - Contribuer à l'amélioration de l'accès et à l'évaluation des pratiques en matière d'assistance médicale à la procréation, d'embryologie et de génétique humaines ;
 - Assurer le suivi des protocoles de recherche sur les cellules souches embryonnaires humaines et l'embryon humain ayant fait l'objet de mesures dérogatoires dans le cadre défini par la loi de bioéthique du 7 juillet 2011.
3. Orientation stratégique n°3 : Renforcer l'intégration de l'agence parmi les acteurs de système de santé ;
4. Orientation stratégique N°4 : Renforcer l'efficience et la performance de gestion de l'agence.

Chacune des orientations stratégiques est accompagnée d'objectifs de performance et d'indicateurs dont il est rendu compte aux tutelles de l'établissement et au conseil d'administration.

La lettre de mission du 27 mai 2015 adressée à la directrice générale de l'ABM pour la période 2015-2017 reprend les principales orientations stratégiques du COP et les complète d'objectifs en lien avec la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé :

- la réorganisation de la biovigilance organes/tissus/cellules/lait maternel suite au transfert de cette compétence à l'agence ;
- les travaux relatifs au nouvel encadrement des modalités d'expression du refus de don d'organes et l'élaboration de règles de bonnes pratiques.

La préparation du prochain COP de l'ABM et celle des plans d'actions relatifs au prélèvement et à la greffe d'organes et de tissus, à la greffe de cellules souches hématopoïétiques d'une part et à la procréation, l'embryologie et la génétique humaines d'autre part, pour la période 2017-2021 a été engagée en 2016. Après un bilan mené par l'IGAS du précédent COP, les travaux préparatoires sont menés en lien avec les directions d'administration centrale et, pour ce qui concerne les futurs plans, les parties prenantes (associations de patients et de promotion du don, professionnels de santé, sociétés savantes, institutions).

Activité de l'établissement, perspectives 2017

Activité de l'établissement

Le développement et le soutien aux activités de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus constituent l'une des principales activités de l'ABM pour répondre à l'augmentation constante du nombre de patients en attente de greffe et améliorer l'accès à cette thérapeutique. Pour ce faire, l'agence anime une réflexion permanente avec les professionnels du secteur pour étudier avec eux les difficultés rencontrées, les évolutions envisageables, les améliorations à apporter au niveau du prélèvement et de la greffe, qu'il s'agisse de la diversification des sources de greffons, de l'amélioration de l'organisation d'ensemble, de la diminution du taux d'opposition, que de l'évolution des règles de répartition des greffons.

En matière de cellules souches hématopoïétiques, l'ABM assure la gestion du registre France Greffe de Moelle, fichier de donneurs volontaires de moelle osseuse et d'unités de sang placentaire et l'interrogation des registres étrangers pour répondre aux besoins des patients en attente de greffe. Cette activité fait l'objet de recettes tarifées et est autofinancée. Les objectifs fixés au plan greffe de moelle tant en matière d'inscription de donneurs de moelle que d'unités de sang placentaire ont été atteints. La nouvelle stratégie d'inscription pour les années à venir devra faire l'objet du prochain plan et pourra être inscrite dans le prochain COP.

En matière d'assistance médicale à la procréation (AMP), le décret n° 2015-1281 du 13 octobre 2015, a ouvert le cercle des donneurs de gamètes aux adultes n'ayant pas déjà procréé. L'agence s'appuie sur ces nouvelles dispositions pour améliorer le nombre de donneurs nationaux.

L'évaluation des résultats des centres d'AMP est essentielle pour améliorer, avec l'aide des professionnels du secteur, la qualité des soins.

Concernant le diagnostic prénatal, l'agence poursuit l'évaluation de la qualité des pratiques individuelles des échographistes qui prennent en charge l'examen de la clarté nucale. Pour ce faire, l'agence organise la collecte d'un nombre considérable de données qu'elle analyse en vue d'améliorer les pratiques professionnelles de dépistage.

Pour le diagnostic préimplantatoire (DPI), l'agence soutient et accompagne les centres de DPI installés sur l'ensemble du territoire.

En matière de génétique postnatale, l'agence poursuit son partenariat avec le serveur d'informations ORPHANET qui lui permet de disposer d'une base de données exhaustive des laboratoires de génétique et des maladies (génétiques) diagnostiquées par chacun de ces laboratoires. Par ailleurs, l'usage croissant de l'utilisation en routine du séquençage (moyen débit) du génome, conduit l'agence à s'interroger sur l'évolution des bonnes pratiques d'examens génétiques et d'information de la parentèle pour tenir compte de cette évolution.

Perspectives 2017

L'année 2017 sera la première année du prochain contrat d'objectifs et de performance de l'agence couvrant la période 2017-2021. Ce sera également l'année de démarrage des nouveaux plans Greffe et PEGh et des schémas directeurs des systèmes d'information et de ressources humaines.

En outre, l'agence sera mobilisée sur les projets en développement suivants :

En matière de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus :

- la télétransmission d'imagerie médicale, qui permettra aux équipes médicales de disposer à distance d'images permettant de vérifier la qualité du greffon voire sa compatibilité anatomique avec son patient ;
- l'élargissement des appariements de donneurs « don croisé » aux autres pays européens ;
- le développement des machines à perfusion pulmonaire ;
- la mise en production d'une nouvelle application informatique permettant au grand public de s'inscrire en ligne sur le registre national des refus au don d'organes.

En matière de prélèvement et de greffe de cellules souches hématopoïétiques :

- le développement du fichier des donneurs de moelle osseuse, en recherchant plus particulièrement des profils de jeunes hommes de moins de 30 ans d'origines géographiques variées ;

– le développement des techniques de séquençage de seconde génération (NGS) pour le typage HLA des donneurs de moelle osseuse.

En matière d'assistance médicale à la procréation :

– l'évaluation de l'état de santé des femmes réalisant une AMP et des femmes réalisant un don d'ovocytes, ainsi que des enfants issus d'AMP, sur la base des données du PMSI, sous réserve d'autorisation du SNIIRAM ;

– le pilotage de l'action 8.1 du Plan Cancer 2014-2019, notamment dans la perspective du déploiement des plateformes clinico-biologiques de préservation de la fertilité avec l'objectif de garantir un accès équitable à la préservation de la fertilité pour les patients atteints de cancer, particulièrement les plus jeunes.

En matière de diagnostic prénatal (DPN) :

– la participation à l'adaptation du système mis en place pour le suivi du dispositif de dépistage de la trisomie 21 au premier trimestre par à la mise en œuvre du dépistage par recherche d'ADN fœtal dans le sang maternel, en fonction des conclusions des travaux menés par la HAS ;

– la poursuite de l'évaluation de l'activité des laboratoires de DPN et de génétique en lien avec le développement de nouvelles techniques.

En matière de génétique postnatale :

– la poursuite de l'évaluation de l'activité des laboratoires de génétique en lien avec le développement de nouvelles techniques ;

– l'évolution de l'encadrement des nouvelles techniques de diagnostic génétique dans les pratiques de DPN et génétique post-natale.

Enfin, le nouveau schéma directeur des systèmes d'information pourra impliquer dès 2017 des travaux de refonte et de mise à jour d'infrastructures et d'applications informatiques de l'agence.

Optimisation de la dépense

L'agence s'inscrit pleinement dans les objectifs de maîtrise des dépenses et de pilotage des ressources humaines. Pour faire face à l'augmentation de l'activité et absorber de nouvelles missions, l'agence a mené une vaste démarche d'amélioration de la gestion de l'établissement pour renforcer son efficacité et sa performance.

Les travaux se concentrent plus particulièrement sur cinq axes :

1. la maîtrise des risques, qu'il s'agisse des risques liés à l'activité, à l'organisation ou aux opérations comptables et financières, aux situations de crise ainsi qu'à la sécurité informatique et aux conflits d'intérêt ;
2. la professionnalisation des achats, sur le plan économique et en termes de développement durable et d'insertion ;
3. le renforcement des systèmes d'information de l'agence conformément au schéma directeur ;
4. l'optimisation de la gestion des ressources humaines ;
5. l'audit permanent des activités de l'agence.

Sur le plan immobilier, l'ABM est locataire de l'ensemble des locaux qu'elle occupe. S'agissant du siège de l'établissement, l'agence a été sollicitée par son propriétaire pour prolonger de trois ans (de 2018 à 2021) le bail de l'immeuble de St Denis. Cette demande a été l'occasion de renégocier les clauses financières de location du bâtiment et d'obtenir une franchise correspondant à 900 K€ de charges locatives sur l'année 2016.

FINANCEMENT DE L'ÉTAT

(en milliers d'euros)

Programme intéressé ou nature de la dépense	Réalisation 2015		LFI 2016		PLF 2017	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
204 / Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	12 731	12 731	13 872	13 872	13 814	13 814
Subventions pour charges de service public	12 731	12 731	13 872	13 872	13 814	13 814
Total	12 731	12 731	13 872	13 872	13 814	13 814

Pour ce qui concerne la détermination de la SCSP du programme 204, il a été tenu compte de l'impact sur la masse salariale du schéma d'emploi et de mesures d'économies de 5 % sur les dépenses de fonctionnement hors rémunération, au regard du poids de la SCSP dans le montant global des recettes. La détermination de ce montant tient également compte des risques financiers et comptables identifiés pour certains opérateurs et des missions nouvelles qui leur sont dévolues par la LMSS.

La SCSP 2017 de l'ABM est fixée à 13,81 M€, soit une diminution de 0,06 M€ par rapport à la SCSP inscrite en LFI 2016, répartie comme suit :

- réduction de la masse salariale correspondant au schéma d'emploi : - 0,12 M€
- réduction des dépenses de fonctionnement : - 0,94 M€
- augmentation pour prendre en compte les missions nouvelles confiées à l'ABM et pour garantir à l'agence un niveau de fonds de roulement correspondant à minima à un mois de fonctionnement : + 1 M€

Outre la SCSP versée par l'État, l'ABM perçoit une subvention de l'assurance maladie dont le montant est équivalent au double du montant de la subvention versée par l'État. Au PLFSS 2017, cette recette devrait donc enregistrer une réduction de 115,7 K€.

Au-delà des subventions perçues, l'agence dispose également de ressources propres constituées pour l'essentiel des recettes de l'activité du registre France Greffe de Moelle. La gestion de ce registre est une activité autofinancée.

Les autres ressources correspondent aux recettes du registre EUROCORD, à la facturation d'opérations de formation ou à divers financements externes de projets (cohorte CKD REIN, projets européens...).

BUDGET INITIAL 2016 DE L'OPÉRATEUR

Compte de résultat

(en milliers d'euros)

Charges	Compte financier 2015	Budget initial 2016	Produits	Compte financier 2015	Budget initial 2016
Personnel <i>dont charges de pensions civiles</i>	21 568 223	22 793 230	Subventions de l'État : – subvention pour charge de service public (SCSP) – crédits d'intervention (transfert)	12 731 12 731 0	13 237 13 237 0
Fonctionnement autre que les charges de personnel	50 307	56 273	Fiscalité affectée	0	0
			Autres subventions	26 443	27 174
Intervention	0	0	Autres produits	32 310	35 977
Total des charges	71 875	79 066	Total des produits	71 484	76 388
Résultat : bénéfice			Résultat : perte	391	2 678
Total : équilibre du CR	71 875	79 066	Total : équilibre du CR	71 875	79 066

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 OPÉRATEURS

Tableau de financement abrégé

(en milliers d'euros)

Emplois	Compte financier 2015	Budget initial 2016	Ressources	Compte financier 2015	Budget initial 2016
Insuffisance d'autofinancement	0	578	Capacité d'autofinancement	1 743	0
Investissements	2 342	3 011	Financement de l'actif par l'État		
			Financement de l'actif par des tiers autres que l'État		
			Autres ressources (y compris Fiscalité affectée)	7	3
Remboursement des dettes financières			Augmentation des dettes financières		
Total des emplois	2 342	3 589	Total des ressources	1 750	3
Apport au fonds de roulement			Prélèvement sur le fonds de roulement	592	3 586

L'ABM a terminé l'année 2015 avec un résultat déficitaire de 391 K€.

Le budget initial 2016 présente quant à lui une perte d'exploitation de 2 678 K€. Le montant des recettes inscrites au budget initial pour 2016 s'élève à 76 388 K€, dont 13 237 K€ de SCSP et 26 474 K€ en provenance de l'assurance maladie.

Le montant de la SCSP a été corrigé dans le cadre d'un budget rectificatif approuvé en février 2016. La SCSP s'élève pour 2016 à 13 048 K€ compte tenu de la réserve gouvernementale. Cette rectification a eu pour conséquence de minorer la contribution de l'assurance maladie, qui correspond au double de la SCSP. Cette contribution s'élève donc pour 2016 à 26 097 K€. Le résultat prévisionnel s'élève à – 3 242 K€ et le prélèvement sur fonds de roulement à 4 150 K€.

Autorisations budgétaires

(en milliers d'euros)

Dépenses	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Recettes	
Personnel <i>dont charges de pensions civiles</i>	22 793	22 793	Recettes globalisées :	75 768
			– subventions pour charges de service public	13 237
Fonctionnement	52 263	54 473	– autres financements de l'État	0
Intervention	0	0	– fiscalité affectée	0
Investissement	3 211	3 211	– autres financements publics	26 474
			– recettes propres	36 057
Enveloppe recherche* :			Recettes fléchées :	620
– personnel			– financements de l'État fléchés	0
– fonctionnement			– autres financements publics fléchés	159
– investissement			– recettes propres fléchées	461
Total des dépenses	78 267	80 477	Total des recettes	76 388
Solde budgétaire (excédent)			Solde budgétaire (déficit)	4 089

* uniquement pour les EPSCP, le cas échéant, sur autorisation du contrôleur budgétaire, une ou plusieurs enveloppes destinées à des contrats de recherche.

En matière de marchés, la grande majorité des contrats signés par l'ABM sont reconduits chaque année, c'est la raison pour laquelle l'écart entre niveaux d'autorisations d'engagement et crédits de paiement est faible.

Les contrats ou baux pour lesquels l'agence a signé un engagement ferme correspondent :

- aux baux locatifs ;
- aux contrats de nettoyage ;
- à la prestation de Plan de Continuité de l'Activité (PCA) en cas d'événement imprévu ou de sinistre.

Les recettes inscrites au BI 2016 en crédit de paiement correspondent aux montants prévisionnels d'encaissements de l'exercice.

Le budget initial 2016 présente un solde budgétaire déficitaire de 4 089 K€ qui correspond à la différence entre les paiements (CP) et les encaissements (recettes).

Ce montant a été porté à **5 853 K€** au budget rectificatif voté en février 2016 après les ajustements suivants :

- régularisation en trésorerie, en janvier 2016, de la baisse de 1 200 K€ du montant de la subvention assurance maladie au titre de l'année 2015 et votée au budget rectificatif de 2015 ;
- diminution du niveau des subventions 2016 de 564 K€ (188 K€ État et 376 K€ assurance maladie).

Équilibre financier (budget initial 2016)

(en milliers d'euros)

Besoins		Financement	
Solde budgétaire (déficit)	4 089	Solde budgétaire (excédent)	0
Remboursements d'emprunts (capital), nouveaux prêts (capital), dépôts et cautionnements	3	Nouveaux emprunts (capital), remboursements de prêts (capital), dépôts et cautionnements	35
Opérations au nom et pour le compte de tiers		Opérations au nom et pour le compte de tiers	
Autres décaissements sur comptes de tiers		Autres encaissements sur comptes de tiers	
Sous-total des opérations ayant un impact négatif sur la trésorerie de l'organisme (1)	4 092	Sous-total des opérations ayant un impact positif sur la trésorerie de l'organisme (2)	35
Abondement de la trésorerie (2) - (1) :	0	Prélèvement de la trésorerie (1) - (2) :	4 057
– abondement de la trésorerie fléchée		– prélèvement de la trésorerie fléchée	186
– abondement de la trésorerie non fléchée	0	– prélèvement de la trésorerie non fléchée	3 871
Total des besoins	4 092	Total des financements	4 092

DÉPENSES 2016 DE L'OPÉRATEUR PAR DESTINATION

(en milliers d'euros)

Destination	Personnel		Fonctionnement		Intervention		Investissement		Total	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
CSH	1 882	1 882	35 454	35 454	0	0	225	225	37 561	37 561
Organes-tissus	8 783	8 783	6 886	6 886			599	599	16 268	16 268
PEGH	863	863	1 385	1 385			378	378	2 626	2 626
REIN	525	525	2 658	2 658			290	290	3 473	3 473
Support	3 968	3 968	2 645	4 855			807	807	7 420	9 630
Transverse	6 772	6 772	3 235	3 235			912	912	10 919	10 919
Total	22 793	22 793	52 263	54 473	0	0	3 211	3 211	78 267	80 477

La GBCP, applicable à compter du 1^{er} janvier 2016, introduit également la notion de destination qui a vocation à désigner chacune des principales activités ou mission d'un établissement.

Pour l'ABM, six destinations ont été identifiées :

- quatre destinations « métiers » qui représentent les principales missions de l'agence :
 - le prélèvement et la greffe d'organe et de tissus (OT) ;
 - le prélèvement et la greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) ;
 - la procréation, embryologie, génétique humaines (PEGH) ;
 - le registre REIN et la cohorte CKDREIN ;
- la destination « Transverse » qui regroupe les dépenses métier non affectées spécifiquement à un domaine d'activité ;
- la destination « Support » qui reprend les dépenses structurelles de l'établissement telles que les charges des directions supports, les frais locatifs ou les dotations aux amortissements.

Les prévisions de dépenses identifiées pour l'année 2016 ont donc été réparties selon cette analyse.

CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L'OPÉRATEUR

(en ETPT)

	Réalisation 2015 (1)	LFI 2016 (2)	PLF 2017
Emplois rémunérés par l'opérateur :	261	263	259
– sous plafond	249	247	243
– hors plafond	12	16	16
<i>dont contrats aidés</i>	0		

(1) La réalisation 2015 reprend la présentation du RAP 2015.

(2) LFI ou LFR le cas échéant.

La répartition de l'effort sur les emplois des opérateurs du programme a pris en compte plusieurs éléments : l'extension en année pleine du schéma d'emplois 2016 et une diminution de 10 % des effectifs de l'ANSP sur trois ans à partir de 2017, le solde étant réparti entre les autres opérateurs.

Compte tenu de ces éléments, le plafond d'emplois de l'ABM est fixé à 243 ETPT en 2017, soit une diminution de 4 ETPT au regard du plafond inscrit en LFI. L'effort demandé à l'ABM pour 2017 porte sur une réduction à hauteur de 7 ETPT par rapport à l'effectif autorisé en 2016, partiellement compensée par l'attribution de 3 ETPT au titre de mesures nouvelles découlant de la loi de modernisation de notre système de santé.

À ce stade, le nombre des ETPT hors plafond inscrit dans le PAP 2016 est reconduit pour 2017. Les 16,1 postes se répartissent comme suit :

- 3,0 destinés à CKD REIN ;
- 5,3 destinés au registre EUROCORD, suivi des patients greffés à partir du sang placentaire ;
- 2,0 destinés à la participation aux projets européens ;
- 4,0 destinés au registre France greffe de Moelle (RFGM) ;
- 1,8 pour l'accueil d'agents en contrat d'apprentissage.

ANSÉS - Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail

L'ordonnance n° 2010-18 du 7 janvier et le décret n° 2010-719 du 28 juin 2010 relatifs à l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, sont les textes fondateurs de l'ANSÉS. Celle-ci a pour mission principale de réaliser et de fournir aux autorités compétentes une expertise scientifique indépendante et pluridisciplinaire, ainsi que l'appui scientifique et technique, nécessaires à l'élaboration des politiques de protection de la santé, liées à des expositions environnementales, professionnelles ou alimentaires, et à la mise en œuvre des mesures de gestion des risques dans ses domaines de compétence.

Le Gouvernement dispose ainsi d'une expertise globale des risques sanitaires qu'ils soient liés aux milieux de vie et de travail, à des produits (qu'il s'agisse de produits phytosanitaires ou de produits chimiques) ou à l'alimentation. La création de l'ANSÉS conjugue la garantie d'une expertise en santé publique indépendante et l'ouverture sur les préoccupations de la société civile face aux risques auxquels l'individu est exposé dans sa vie quotidienne.

L'agence assure également la protection et le bien-être des animaux (étude, prévention et traitement des maladies animales), la protection de la santé des végétaux (évaluation des produits de traitement des cultures) et l'évaluation des propriétés nutritionnelles et fonctionnelles des aliments. Elle autorise enfin la mise en marché des médicaments vétérinaires et organise la pharmacovigilance associée.

Pour mener à bien ses missions, l'ANSÉS s'appuie largement sur la communauté scientifique française et internationale, au moyen de partenariats et de conventions de recherches avec les institutions scientifiques, d'appels à candidature et d'appels à projets de recherche.

Les travaux demandés à l'ANSÉS en santé environnement concerneront plusieurs actions du Plan national santé environnement 3 (PNSE3) 2014-2018. Ainsi, la prise en compte des compartiments solides (produits de consommation, sol et sédiments) des milieux, viendra en complément de l'air, de l'eau et des aliments, et du domaine des environnements intérieurs où l'ANSÉS appuiera la DGS par son expertise sur les risques émergents (moisissures, épurateurs d'air, COVs du mobilier,...). Les rayonnements non ionisants (champs électromagnétiques) continueront de

faire l'objet de travaux, qui porteront en particulier sur le thème des radiofréquences. Pour les produits chimiques, il s'agira de poursuivre le développement ou l'optimisation des méthodologies d'évaluation notamment, pour ce qui concerne les produits phytopharmaceutiques, leurs substances actives, les matières fertilisantes et supports de culture et leurs adjuvants, dans le cadre réglementaire européen et en cohérence avec le plan Ecophyto. Ces travaux menés le plus souvent en partenariat avec d'autres organismes ou dans le cadre de groupes de travail nationaux, européens ou internationaux ont pour objectifs d'améliorer aussi bien l'interprétation des essais réalisés pour définir les dangers des substances que la précision des scénarios d'exposition et des modèles utilisés dans l'évaluation du risque « a priori » et de l'intérêt agronomique. Le suivi post-AMM de ces produits est en cours de renforcement (phytopharmacovigilance). Le transfert à l'ANSéS de la compétence de délivrance des autorisations de mise sur le marché (AMM) et permis de ces produits, incluant la mise en place du comité de suivi et des activités d'inspection a été réalisé en juillet 2015. En 2016, l'ANSéS s'est vu transférer la responsabilité de délivrance des AMM des produits biocides, en plus des activités d'évaluation de ces produits qu'elle menait déjà, avec également dans ce champ une contribution forte aux développements scientifiques visant à l'optimisation des méthodes, tant au niveau national qu'europpéen. L'ANSéS, s'est également vu confier le pilotage de la toxicovigilance jusque-là de la responsabilité de l'InVS. Elle en définit les orientations, coordonne les actions des différents intervenants et participe à l'évaluation scientifique des informations recueillies.

Le travail sur les nanomatériaux se poursuivra au travers de l'actualisation annuelle de la procédure des déclarations obligatoires prévues par la réglementation relative aux substances à l'état nanoparticulaire. L'ANSéS est également associée à la mise en œuvre du programme national de biosurveillance qui a pour but l'estimation de l'exposition de la population française à différentes substances présentes dans l'environnement et l'alimentation. Ce programme vise en priorité à évaluer l'exposition de la population à des substances à effet perturbateur endocrinien et le risque qui y est associé (l'ANSéS a cinq substances à évaluer conformément à la Stratégie nationale perturbateurs endocriniens).

Par ailleurs, l'ANSéS sera sollicitée pour plusieurs travaux dans le domaine de l'eau. En cohérence avec les missions de l'agence, et les enjeux retenus dans les plans nationaux (PNSE3, Plan micropolluants), le laboratoire d'hydrologie de Nancy (LNH) qui est un des laboratoires de l'ANSéS s'engage à assurer dans ses domaines de compétences, les activités de référence et d'acquisition de connaissances nécessaires à l'évaluation des risques. À ce titre, le LNH assure la réalisation de campagnes de mesures sur des paramètres nouveaux émergents dans les ressources en eau utilisée pour la production d'eau destinée à la consommation humaine, participe à la qualification des laboratoires chargés du contrôle sanitaire des eaux et à la coordination et l'animation du réseau des laboratoires Biotox-Eaux spécialisés dans la détection des agents ou substances à l'origine de la menace terroriste dans l'eau.

Une nouvelle mission est confiée par le ministère chargé de la santé à l'agence dans le cadre de la transposition en droit français de la directive 2014/40/UE dite « directive tabac ». Cette mission consiste à enregistrer et traiter l'ensemble des informations qui seront transmises à l'agence portant notamment sur les additifs, les autres ingrédients dans les produits du tabac et produits du vapotage contenant de la nicotine et aux émissions du produit. En lien avec cette activité, l'agence participera à une action conjointe européenne « tabac » avec plusieurs autres organismes d'autres États membres (RIVM aux Pays-Bas,...).

Enfin, les missions de toxicovigilance (fonctionnement des Centres anti poison (CAP)) seront assurées par l'ANSéS et non plus par l'ANSP. La minoration de 950 K€ de la SCSP de l'ANSP sur ce périmètre permettra ainsi l'abondement de la SCSP de l'ANSéS.

■ CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L'OPÉRATEUR

(en ETPT)

	Réalisation 2015 (1)	LFI 2016 (2)	PLF 2017
Emplois rémunérés par l'opérateur ** :	1 320	1 355	1 349
- sous plafond	1 281	1 285	1 279
- hors plafond	39	70	70
dont contrats aidés			9

(1) La réalisation 2015 reprend la présentation du RAP 2015.

(2) LFI ou LFR le cas échéant.

** Selon les informations fournies dans le PAP ou le RAP du programme **chef de file** pour cet opérateur (206 Sécurité et qualité sanitaires de l'alimentation).

En 2017, le plafond d'emploi de l'ANSÉS sera réduit de 4 ETPT par rapport à 2016 et le nombre des ETPT hors plafond intégrera 9 ETPT en contrats aidés.

ANSM - Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) est un établissement public de l'État placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, qui s'est substitué à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) afin de répondre aux enjeux étudiés dans le cadre des assises du médicament de 2011 suite à la crise du Médiateur. En application de la loi du 29 décembre 2011 et du décret du 27 avril 2012, l'ANSM a été créée le 1er mai 2012. Aux missions déjà importantes et diversifiées reprises de l'AFSSAPS se sont ajoutées de nouvelles responsabilités définies d'une part par la loi du 29 décembre 2011 et d'autre part par la transposition de nouvelles directives relatives à la pharmacovigilance et à la contrefaçon des médicaments.

L'ANSM a pour principal objectif de garantir la sécurité du médicament et des autres produits de santé. Elle est chargée d'évaluer les bénéfices et les risques liés à l'utilisation des produits de santé tout au long de leur vie et d'exercer la surveillance des marchés sur l'ensemble des produits de santé destinés à l'homme. Elle a pour nouvelle mission d'encourager la recherche et de piloter ou coordonner les études de suivi de patients ou de recueil de données d'efficacité et de tolérance. Son pouvoir de sanction est renforcé et assorti d'amendes financières.

L'agence est non seulement une agence d'évaluation et d'expertise mais aussi une agence investie d'une large délégation de puissance publique qui prend, au nom de l'État, plus de 80 000 décisions par an (notamment dans le cadre des procédures d'autorisation et d'interdiction qu'elle met en œuvre). **Elle exerce des missions propres d'évaluation avant et après la mise sur le marché, de contrôle des produits en laboratoires, d'inspection sur les sites de production, de distribution en gros ou d'essais cliniques.** En outre, elle élabore et diffuse auprès des professionnels de santé et des patients des informations destinées à favoriser le bon usage des produits de santé.

Dans le respect de la réglementation et des objectifs précisés par la lettre de mission donnée par la ministre des affaires sociales et de la santé au directeur général le 3 mars 2015 et sous l'autorité de son conseil d'administration, l'ANSM s'est engagée dans un programme de travail ambitieux en signant avec l'État son premier Contrat d'Objectifs et de performance (COP) pour les années 2015 à 2018, s'articulant autour de quatre axes :

1. Garantir un haut niveau de sécurité sanitaire de tous les produits de santé tout au long de leur cycle de vie. La surveillance des médicaments et des autres produits de santé a ainsi donné lieu, en 2015, à un programme de 630 inspections et à plus de 4 500 contrôles de la qualité des produits en laboratoire, au renforcement des réseaux de vigilance, à la réévaluation du rapport bénéfice/risque de 52 substances ou associations. De nouvelles études de pharmaco-épidémiologie, de nombreuses décisions de police sanitaire, des actions d'information auprès des professionnels de santé et des patients, ou encore le lancement de procédures d'arbitrage au niveau européen ont également contribué à garantir la qualité et la sécurité des produits.
2. Accompagner l'innovation afin de la rendre rapidement accessible dans des conditions encadrées et sécurisées. Dans cet objectif, près de 1 800 essais cliniques ont été autorisés, 22 autorisations temporaires d'utilisation (ATU) de cohorte ont été accordées et 7 recommandations temporaires d'utilisation ont été élaborées en 2015. Plus de 500 produits ont reçu une autorisation de mise sur le marché au niveau national ou européen.
3. Consolider les liens de l'ANSM avec les parties prenantes. Cette priorité s'est traduite par de nombreux échanges, actions d'information et de pédagogie avec les professionnels de santé, les représentants des patients, les industriels et les autres acteurs intervenant dans le domaine des produits de santé. Trois ans après leur mise en place, le conseil scientifique et le conseil d'administration de l'ANSM ont été renouvelés. De même l'Agence a préparé le renouvellement de ses instances consultatives (commissions et groupes de travail) dont le mandat est arrivé à échéance début 2016, en assurant le maintien d'un haut niveau d'expertise dans le respect des exigences déontologiques.
4. Renforcer l'efficacité de l'agence et moderniser l'ANSM, en particulier via le renforcement du pilotage de ses activités, la dématérialisation des échanges et, l'optimisation des processus afin de consolider son

organisation et ses productions, mais aussi de préparer l'avenir dans un contexte de maîtrise des ressources alors que de nouvelles directives européennes (essais cliniques) doivent être mises en œuvre.

Elle s'inscrit également dans les démarches de santé publique et contribue aux différents plans et programmes de santé engagés par les pouvoirs publics, notamment dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016, notamment : mesures de simplification administratives, de l'attribution de nouvelles compétences, mesures de transfert de compétences en matière de biovigilance...).

Optimisation des ressources

L'année 2016 représente la quatrième année d'activité pour l'ANSM, qui a désormais achevé la mise en œuvre des grands principes issus de la réforme de 2012.

L'agence poursuit ses travaux de modernisation et de recherche d'amélioration de sa performance à travers les projets de transformation engagés au titre de son COP 2015-2018.

Elle a engagé un projet global visant à renforcer le pilotage des activités, à optimiser et à simplifier les processus, à moderniser et à structurer un système d'information en soutien aux processus métiers, à mieux gérer les flux et à poursuivre le développement des coopérations entre les différentes directions.

Toutes ces actions permettent à l'agence de mieux piloter ses opérations pour assurer ses missions de service public dans un environnement de flux très intenses et de forte exposition.

Elle s'engage à présent dans une démarche de définition de ses priorités afin de dégager des marges d'efficience tout en veillant au développement professionnel de son personnel et à l'amélioration continue de ses conditions de travail.

Schéma pluriannuel de stratégie immobilière (SPSI)

L'agence est pleinement engagée dans la démarche de performance immobilière. Son schéma pluriannuel de stratégie immobilière 2010-2015, approuvé par France Domaine, a permis de rationaliser l'occupation de ses bâtiments et de libérer 2 533 m² de locaux loués et de réduire ses dépenses de loyers et charges de 1,3 M€ en 2013 et 2015.

Accompagnée par les services de France Domaine et d'un cabinet de conseil en aménagement, l'agence a poursuivi en 2016 la rénovation de ses espaces de bureau dans le respect des contraintes environnementales.

Compte-tenu de la grande vétusté de son restaurant administratif, l'agence a lancé en 2016 la rénovation de ce dernier en planifiant sa réouverture début 2017.

Fonction achats

S'agissant de la fonction achats, l'agence poursuit le renforcement des démarches achats :

- en poursuivant son objectif de performance achat se traduisant par un maintien du recours à la négociation et une diminution du recours aux avenants ;
- en continuant de s'appuyer sur la Direction des achats de l'État (DAE) qui accompagne les établissements publics de l'État notamment en élaborant des accords-cadres permettant de mutualiser les besoins. L'ANSM a eu recours aux accords-cadres de la DAE pour la fourniture de gaz et d'électricité ;
- en réalisant pour la première année un plan d'actions et objectifs achats faisant état en matière de marchés publics d'un bilan de l'année 2015, du prévisionnel 2016 et de la programmation 2017-2019.

En matière de rationalisation des fonctions support, l'agence poursuit ses réflexions relatives à la mise en place de solutions réalistes de mutualisation inter-agences sous l'égide du ministère chargé de la santé.

Le schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) approuvé par le Conseil d'administration de l'agence en mars 2014 constitue un enjeu majeur de modernisation pour l'agence. En 2016, les points déterminants et indispensables à sa réussite ont été définis et mis en œuvre afin d'obtenir des résultats probants dans des délais contraints. Ainsi a été poursuivi le développement des outils et de l'organisation nécessaires à la mise en œuvre du programme de travail de l'agence en adéquation avec les priorités fixées dans le cadre du COP.

L'année 2016 a également été marquée par la mise en œuvre du décret de gestion budgétaire et comptable publique (GBCP) et notamment sa composante informatique avec le déploiement d'une solution logicielle mutualisée. Ce projet informatique ambitieux et innovant, conduit sous l'égide de la direction générale de la santé, est mutualisé avec quatre agences sanitaires.

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | OPÉRATEURS

Au-delà de la composante technique Système d'Information, l'application du décret GBCP a impacté fortement d'une part la gestion 2016 avec la mise en œuvre de nouveaux concepts budgétaires (autorisations d'engagement, crédits de paiement, encaissements, décaissements), et d'autre part, l'activité des directions avec la révision de l'organisation des processus budgétaires et comptables.

La nouvelle organisation vise notamment la création de centres de responsabilité budgétaire (CRB) permettant de renforcer le pilotage et le dialogue de gestion entre les directions opérationnelles et les directions supports.

Enfin, certaines dépenses de fonctionnement, qui étaient affectées précédemment sur plusieurs directions, ont été centralisées au sein des CRB afin d'assurer une rationalisation et permettre de réaliser des économies d'échelle au sein de l'agence.

FINANCEMENT DE L'ÉTAT

(en milliers d'euros)

Programme intéressé ou nature de la dépense	Réalisation 2015		LFI 2016		PLF 2017	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
204 / Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	113 160	113 160	113 736	113 736	112 676	112 676
Subventions pour charges de service public	113 160	113 160	113 736	113 736	112 676	112 676
Total	113 160	113 160	113 736	113 736	112 676	112 676

Pour ce qui concerne la détermination de la SCSP du programme 204, il a été tenu compte de l'impact sur la masse salariale du schéma d'emploi et des mesures d'économies de 5 % sur les dépenses de fonctionnement hors rémunération au regard du poids de la SCSP dans le montant global des recettes. La détermination de ce montant tient également compte des risques financiers et comptables identifiés pour certains opérateurs et des missions nouvelles qui leur sont dévolues par la LMSS.

La SCSP 2017 de l'ANSM est fixée à 112,67 M€, soit une diminution de 1,06 M€ par rapport à la SCSP inscrite en LFI 2016, répartie comme suit :

- réduction de la masse salariale correspondant au schéma d'emploi : -1,27 M€
- réduction des dépenses de fonctionnement : -0,41 M€
- augmentation pour prendre en compte les missions nouvelles confiées à l'ANSM et faciliter le début de gestion 2017 : +0,62 M€

BUDGET INITIAL 2016 DE L'OPÉRATEUR

(en milliers d'euros)

Compte de résultat					
Charges	Compte financier 2015	Budget initial 2016	Produits	Compte financier 2015	Budget initial 2016
Personnel	79 713	80 200	Subventions de l'État :	113 160	113 209
<i>dont charges de pensions civiles</i>	<i>3 508</i>	<i>3 521</i>	– subvention pour charge de service public (SCSP)	113 160	113 209
			– crédits d'intervention (transfert)		
Fonctionnement autre que les charges de personnel	33 698	34 100	Fiscalité affectée		
			Autres subventions		
Intervention	12 672	12 902	Autres produits	12 797	9 800
Total des charges	126 083	127 202	Total des produits	125 957	123 009
Résultat : bénéfice			Résultat : perte	126	4 193
Total : équilibre du CR	126 083	127 202	Total : équilibre du CR	126 083	127 202

Tableau de financement abrégé

(en milliers d'euros)

Emplois	Compte financier 2015	Budget initial 2016	Ressources	Compte financier 2015	Budget initial 2016
Insuffisance d'autofinancement	0	0	Capacité d'autofinancement	5 477	1 210
Investissements	10 901	11 200	Financement de l'actif par l'État		
			Financement de l'actif par des tiers autres que l'État		
			Autres ressources (y compris Fiscalité affectée)	225	0
Remboursement des dettes financières			Augmentation des dettes financières		
Total des emplois	10 901	11 200	Total des ressources	5 702	1 210
Apport au fonds de roulement			Prélèvement sur le fonds de roulement	5 199	9 990

Depuis 2012, les ressources de l'ANSM sont essentiellement constituées par une subvention de l'État.

L'agence a renforcé sa présence au sein des instances européennes et a contribué davantage aux échanges et décisions prises à ce niveau, les activités auxquelles participe l'agence étant sources de recettes propres permettant à l'agence de développer ses activités à l'international.

Le montant de la SCSP 2017 tient compte des mesures d'économies de 5 % sur les dépenses de fonctionnement de l'agence et de l'impact sur la masse salariale du schéma d'emploi de l'agence. Il tient compte également des risques financiers et comptables identifiés et des missions nouvelles dévolues à l'agence dans le cadre de la LMSS.

La SCSP de l'ANSM relève de l'action 17 « Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain » du programme 204.

Depuis 2012, l'ANSM a créé une enveloppe limitative d'intervention regroupant les subventions versées pour la vigilance (CRPV/CEIP/CRMV/CRAT), ainsi que celles versées aux bénéficiaires des appels à projets recherche/associations. Dans le cadre d'un appel à candidature, cette enveloppe englobe également depuis 2014 le financement de deux plateformes en pharmaco épidémiologie constituées d'équipes de haut niveau ayant la capacité de conduire des études sur les bases de données française en santé et les très grandes cohortes nationales pour documenter l'usage de produits de santé en vie réelle et évaluer leur sécurité d'emploi.

Autorisations budgétaires

(en milliers d'euros)

Dépenses	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Recettes	
Personnel <i>dont charges de pensions civiles</i>	80 200	80 200	Recettes globalisées : – subventions pour charges de service public – autres financements de l'État – fiscalité affectée	122 509 113 209
Fonctionnement	28 100	28 100	– autres financements publics – recettes propres	9 300
Intervention	12 750	12 902		
Investissement	11 200	11 200		
Enveloppe recherche* : – personnel – fonctionnement – investissement			Recettes fléchées : – financements de l'État fléchés – autres financements publics fléchés – recettes propres fléchées	
Total des dépenses	132 250	132 402	Total des recettes	122 509
Solde budgétaire (excédent)			Solde budgétaire (déficit)	9 893

* uniquement pour les EPSCP, le cas échéant, sur autorisation du contrôleur budgétaire, une ou plusieurs enveloppes destinées à des contrats de recherche.

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 OPÉRATEURS

Équilibre financier (budget initial 2016)

(en milliers d'euros)

Besoins		Financement	
Solde budgétaire (déficit)	9 893	Solde budgétaire (excédent)	0
Remboursements d'emprunts (capital), nouveaux prêts (capital), dépôts et cautionnements		Nouveaux emprunts (capital), remboursements de prêts (capital), dépôts et cautionnements	
Opérations au nom et pour le compte de tiers		Opérations au nom et pour le compte de tiers	
Autres décaissements sur comptes de tiers		Autres encaissements sur comptes de tiers	
Sous-total des opérations ayant un impact négatif sur la trésorerie de l'organisme (1)	9 893	Sous-total des opérations ayant un impact positif sur la trésorerie de l'organisme (2)	0
Abondement de la trésorerie (2) - (1) :	0	Prélèvement de la trésorerie (1) - (2) :	9 893
– abondement de la trésorerie fléchée		– prélèvement de la trésorerie fléchée	
– abondement de la trésorerie non fléchée	0	– prélèvement de la trésorerie non fléchée	9 893
Total des besoins	9 893	Total des financements	9 893

DÉPENSES 2016 DE L'OPÉRATEUR PAR DESTINATION

(en milliers d'euros)

Destination	Personnel		Fonctionnement		Intervention		Investissement		Total	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Consolider les liens de l'ANSM avec les parties prenantes et améliorer leurs implications			1 180	1 180	5 084	5 145			6 264	6 325
Favoriser un accès rapide, encadré et large à l'ensemble des produits de santé			1 177	1 177					1 177	1 177
Garantir un haut niveau de sécurité sanitaire des produits de santé tout au long de leur cycle de vie			5 098	5 098	7 666	7 757	916	916	13 680	13 771
Renforcer l'efficacité de l'ANSM et poursuivre sa modernisation	80 200	80 200	20 645	20 645			10 284	10 284	111 129	111 129
Total	80 200	80 200	28 100	28 100	12 750	12 902	11 200	11 200	132 250	132 402

CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L'OPÉRATEUR

(en ETPT)

	Réalisation 2015 (1)	LFI 2016 (2)	PLF 2017
Emplois rémunérés par l'opérateur :	996	976	974
– sous plafond	991	970	955
– hors plafond	5	6	19
dont contrats aidés	5	4	5

(1) La réalisation 2015 reprend la présentation du RAP 2015.

(2) LFI ou LFR le cas échéant.

La répartition de l'effort sur les emplois des opérateurs du programme a pris en compte plusieurs éléments : l'extension en année pleine du schéma d'emplois 2016 et une diminution de 10 % des effectifs de l'ANSP sur trois ans à partir de 2017, le solde étant réparti entre les opérateurs.

Compte tenu de ces éléments, le plafond d'emplois de l'ANSM est fixé à 955 ETP en 2017, soit une diminution de 15 ETPT par rapport au plafond inscrit en LFI 2016. L'effort demandé à l'ANSM en 2017 porte sur une réduction à hauteur de -22 ETPT par rapport à l'effectif autorisé 2016, partiellement compensée par l'attribution de 7 ETPT au titre des mesures nouvelles découlant de la LMSS. Cette évolution s'accompagnera d'une démarche de définition des priorités en termes d'activités et de missions.

À ce stade, le nombre des ETPT hors plafond prévu en 2017 est fixé à 19,3 et correspond à 5 contrats uniques d'insertion – contrats d'accompagnement dans l'emploi (CUI-CAE), 1 contrat sous convention, et à 13 contrats d'apprentissage.

ANSP - Agence Nationale de Santé Publique

L'Agence nationale de santé publique (ANSP), également connue sous l'appellation « Santé Publique France », dont la création a été décidée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, a été créée par l'ordonnance du 14 avril 2016 entrée en vigueur au 1^{er} mai 2016. Le décret du 27 avril 2016 précise l'organisation, les missions et le fonctionnement de la nouvelle agence, qui reprend l'ensemble des missions, compétences et pouvoirs exercés par l'InVS, l'INPES, l'EPRUS, ainsi que leurs biens, personnels, droits et obligations. L'ANSP reprend également les missions du GIP ADALIS qui assurait, en partenariat avec l'INPES, le service public d'aide à distance pour les questions relevant des addictions (drogues, alcool,...), à l'exception du tabac.

Gouvernance et pilotage stratégique

La direction de la nouvelle agence a été confiée à M. François Bourdillon, nommé par décret le 10 juin 2016, antérieurement directeur général de l'InVS et directeur général par intérim de l'INPES. Le président du conseil d'administration, M. Lionel Collet, a été nommé par décret présidentiel le 29 juillet 2016.

L'établissement s'appuie pour son fonctionnement sur quatre instances qui vont se mettre en place dès 2016 : un conseil d'administration, un conseil scientifique, un comité d'éthique et de déontologie et un comité de dialogue et d'orientation. Les travaux de mise en place de l'organisation interne des services de la nouvelle agence seront finalisés en 2016 en relation avec l'installation du nouveau conseil d'administration.

En termes d'axes prioritaires pour 2017 sur les aspects de gouvernance et de pilotage stratégique, l'ANSP mettra l'accent sur le fonctionnement efficace de ses instances et la mise en cohérence des stratégies d'intervention (entre les différentes structures fusionnées). Elle portera une attention particulière à la maîtrise des risques, dont la gestion des conflits d'intérêt.

Un contrat d'objectifs et de performance devra définir dès 2017 les orientations stratégiques de l'agence pour les années à venir.

Mise en œuvre du plan d'actions relatif à la fusion des quatre établissements en 2016

La fusion a été largement anticipée en 2015 par des travaux collectifs internes et externes visant à définir les orientations stratégiques pour la nouvelle agence. Ces travaux ont débouché sur la remise d'un rapport d'orientation à la ministre chargée de la santé. Dans le prolongement de ce rapport, un programme de travail commun à toutes les agences a été adopté pour 2016. Réparti sur cinq axes, il comptait 28 programmes.

L'année 2016 a été marquée par la fusion au plan juridique à compter du 1^{er} mai 2016 entraînant de nombreux chantiers d'harmonisation et de mise en cohérence de l'organisation. Un organigramme provisoire réorganisant l'ensemble des directions métiers et support, qui fera l'objet d'un examen en conseil d'administration d'ici la fin de l'année, a été adopté début juin 2016.

Au plan social, un accord avec les organisations syndicales a permis de fixer le cadre du dialogue pour mettre en place l'ensemble du dispositif d'accompagnement de la fusion et porter les mesures nécessaires à l'harmonisation des ressources humaines de la nouvelle agence.

Les travaux relatifs à la mise au point d'une nouvelle stratégie immobilière permettant de regrouper l'ensemble des personnels sur le site de Saint Maurice (94) ont été conduits en relation avec France Domaine.

La refonte des systèmes d'information a porté prioritairement en 2016 sur la mise en cohérence de l'infrastructure informatique, l'adoption d'une messagerie unique mise en service à l'ouverture de la nouvelle agence au 1^{er} mai 2016, avec un portail internet commun et un nouvel intranet et une mise à disposition d'une offre de service informatique harmonisée pour l'ensemble des agents de l'ANSP.

Enfin, en matière comptable et financier, la nouvelle agence a été en capacité de clore la gestion de quatre établissements en cours d'année et d'ouvrir la gestion budgétaire de la nouvelle agence dans le cadre de la GBCP au 1^{er} mai 2016.

Ces travaux ont été conduits avec diligence permettant ainsi de maintenir en conditions opérationnelles l'ensemble des activités de l'agence.

Perspectives 2017

L'année 2017 verra la poursuite de la mise en place des nouvelles orientations portées par la création de la nouvelle agence. Il s'agit au travers de l'adoption du programme de travail et de la mise en place des instances de gouvernance de consolider le travail conduit tout au long de l'année 2016. 2017 devrait également être l'année de l'élaboration du contrat d'objectifs et de performance. Toute l'organisation de l'agence vise à mettre en forte relation les activités de surveillance épidémiologique, de veille, d'alerte, d'études scientifiques et d'expertises au service de l'action en promotion de la santé et en prévention et en soutien aux situations sanitaires exceptionnelles.

L'agence doit pouvoir poursuivre ses études d'ampleur en matière de surveillance ou de connaissances des comportements de manière à fonder ses recommandations et ses actions sur des travaux scientifiques reconnus. Des moyens continueront d'être consacrés à la production de connaissances sur l'état de santé de la population de nature à mieux préserver, protéger ou promouvoir la santé des populations. Il importe en effet que l'action conduite principalement par les ARS dans les domaines de la sécurité sanitaire, de la promotion de la santé ou de la prévention repose sur un corpus scientifique solide, des dispositifs expérimentaux validés et des évaluations de pertinence des actions régulières.

Pour se consacrer de façon efficace et efficiente à ces actions prioritaires, des priorités en matière de surveillance devront être fixées. La poursuite des travaux scientifiques sur certaines pathologies fera l'objet d'un travail de questionnement en termes de pertinence au regard des moyens consacrés en relation avec le nouveau conseil scientifique. La nouvelle agence a ainsi vocation à se désengager du soutien direct aux opérateurs de la prévention et de la promotion de la santé dont les relais naturels sont les ARS. L'agence n'assurera plus l'animation et le soutien direct des Pôles Régionaux de Compétences (PRC), mission qui sera totalement pilotée par les ARS. Enfin, les missions de toxicovigilance (fonctionnement des CAP) sont désormais assurées par l'ANSÉS.

Comme en 2016, les programmes de l'agence en 2017 seront élaborés selon cinq axes thématiques :déterminants, populations, pathologies, interventions et territoires et infrastructures.

Prévention et promotion de la santé

Ces actions sont en cours de détermination. Les activités essentielles de 2016 seront poursuivies ou adaptées, en mettant l'accent sur l'action sur les déterminants de santé dans les domaines de la lutte contre les risques liés au tabac, de la santé sexuelle, de la promotion de l'activité physique et de la lutte contre la sédentarité, ainsi que de la promotion de la vaccination.

Réserve sanitaire

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, dans son article 174, instaure la possibilité pour la réserve sanitaire de compléter les moyens habituels des centres et maisons de santé, des professionnels de santé conventionnés ainsi que des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou des établissements qui accueillent des personnes en situation de handicap, lorsqu'une situation sanitaire exceptionnelle nécessite de compléter l'offre de soins et que ces structures ou ces professionnels ne peuvent pas pourvoir eux-mêmes à leurs besoins. Pris en application, le décret n° 2016-1007 du 21 juillet 2016 relatif à la réserve sanitaire a pour objet de simplifier le régime administratif et financier de la réserve sanitaire, et d'assouplir les modalités de sa mobilisation, en précisant les conditions dans lesquelles les directeurs généraux d'ARS peuvent mobiliser la réserve. Un nouveau cadre d'emploi de la réserve sera finalisé fin 2016 pour tenir compte notamment de ces nouvelles modalités et l'ANSP mettra en œuvre ces nouvelles dispositions opérationnelles à partir de 2017.

Établissement pharmaceutique

À partir de l'expérience acquise au cours de ces dernières années, un premier cadre global d'emploi des stocks stratégiques est développé pour définir les conditions de constitution d'un stock, ses objectifs et ses modalités de gestion. Il s'agira notamment d'accentuer les efforts de dynamisation du stock.

Parallèlement les partenariats seront intensifiés avec des acteurs du système de santé ou de la gestion des crises, notamment le service de santé des armées et les centrales d'achats hospitalières, dans une logique continue de recherche d'efficience.

Surveillance épidémiologique

En 2017, l'accent sera mis sur la surveillance des maladies infectieuses. L'agence animera le nouveau réseau des centres nationaux de référence et adaptera ses modalités de pilotage en conformité avec les dispositions du décret n° 2016-816 du 16 juin 2016 relatif aux centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles. Elle renforcera son rôle d'animation scientifique dans le domaine des infections associées aux soins, selon les orientations de la loi de modernisation de notre système de santé. Elle accordera une attention particulière aux maladies vectorielles transmises par les moustiques et les tiques selon les orientations des plans préparés par le ministère chargé de la santé.

Elle continuera à élargir le champ d'application d'E-DO à d'autres pathologies et en cohérence avec les travaux d'urbanisation des systèmes d'informations concourant à la veille et à la sécurité sanitaires mis en place par la DGS.

Par ailleurs, l'agence poursuivra ses travaux de surveillance des comportements (baromètres santé), des pathologies non transmissibles (maladies chroniques), d'impact sur la santé de certains agents chimiques (biosurveillance), de surveillance des maladies à caractère professionnels (santé au travail) afin de disposer des informations lui permettant de mieux promouvoir la santé des populations.

FINANCEMENT DE L'ÉTAT

(en milliers d'euros)

Programme intéressé ou nature de la dépense	Réalisation 2015		LFI 2016		PLF 2017	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
204 / Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins			90 043	90 043	150 540	150 540
Subventions pour charges de service public			90 043	90 043	150 540	150 540
111 / Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail					970	970
Transferts					970	970
Total			90 043	90 043	151 510	151 510

L'ANSP ayant été créée le 1^{er} mai 2016, la SCSP indiquée dans le compte de résultat (51,4 M€) est inférieure à la SCSP indiquée dans le tableau de financement de l'État (90 M€).

Conformément à l'ordonnance portant création de l'ANSP au 1^{er} mai 2016, le budget provisoire a été établi sur la base d'un co-financement État-assurance maladie. Dans le cadre de la LFI 2016, un premier transfert de 21 ETPT des cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) à mi-année a été acté, avec une valorisation de la masse salariale à hauteur de 1,7 M€. Pour 2017, l'opérateur établira un budget sur la base d'un financement porté intégralement par l'État, qui se concrétise par une mesure de périmètre visant à compenser cette charge à hauteur de 65 M€.

Pour ce qui concerne la détermination de la SCSP, il a ainsi été tenu compte de l'impact sur la masse salariale du schéma d'emploi et des mesures d'économies de 5 % sur les dépenses de fonctionnement hors rémunération, au regard du poids de la SCSP dans le montant global des recettes. La détermination de ce montant tient également compte des risques financiers et comptables identifiés pour certains opérateurs et des missions nouvelles qui leur sont dévolues par la LMSS.

La SCSP 2017 de l'ANSP est donc fixée à 150,54 M€, dont 65 M€ au titre de la mesure de périmètre mentionnée supra et 1,73 M€ correspondant à la valorisation de l'extension en année pleine du transfert des effectifs des CIRE. Le solde, correspondant à la SCSP du programme 204 avant transfert, s'établit à 83,81 M€, soit une diminution de 6,24 M€ répartie comme suit :

- réduction de la masse salariale correspondant au schéma d'emploi : -1,42 M€
- réduction des dépenses de fonctionnement : -3,86 M€
- transfert des missions de toxicovigilance vers l'opérateur ANSÉS :-0,95 M€

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 OPÉRATEURS

BUDGET INITIAL 2016 DE L'OPÉRATEUR

Compte de résultat

(en milliers d'euros)

Charges	Compte financier 2015	Budget initial 2016	Produits	Compte financier 2015	Budget initial 2016
Personnel	0	37 313	Subventions de l'État :	0	53 376
<i>dont charges de pensions civiles</i>	0	790	– subvention pour charge de service public (SCSP)	0	51 352
			– crédits d'intervention (transfert)	0	2 024
Fonctionnement autre que les charges de personnel	0	82 020	Fiscalité affectée	0	5 499
			Autres subventions	0	36 195
Intervention	0	24 630	Autres produits	0	17 077
Total des charges	0	143 963	Total des produits	0	112 147
Résultat : bénéfice			Résultat : perte		31 816
Total : équilibre du CR	0	143 963	Total : équilibre du CR	0	143 963

Tableau de financement abrégé

(en milliers d'euros)

Emplois	Compte financier 2015	Budget initial 2016	Ressources	Compte financier 2015	Budget initial 2016
Insuffisance d'autofinancement	0	43 374	Capacité d'autofinancement	0	0
Investissements		7 317	Financement de l'actif par l'État		
			Financement de l'actif par des tiers autres que l'État		
			Autres ressources (y compris Fiscalité affectée)		3
Remboursement des dettes financières			Augmentation des dettes financières		
Total des emplois	0	50 691	Total des ressources	0	3
Apport au fonds de roulement			Prélèvement sur le fonds de roulement		50 688

Le budget provisoire de l'ANSP, exécutoire à partir du 1^{er} mai 2016, a été construit en agrégeant les données des agences appelées à fusionner dans la nouvelle entité. Il prend en compte uniquement les dépenses et les recettes pour la période du 1^{er} mai 2016 au 31 décembre 2016 soit une période de 8 mois.

S'agissant des effectifs, il a été décidé pour l'année 2016 d'exonérer l'ensemble des agences concernées par la fusion au sein de l'ANSP de la diminution du plafond d'emploi demandée aux autres opérateurs du programme 204. Cette orientation a permis d'assurer les travaux de rapprochement, d'optimisation des missions, d'organisation et de refonte des processus dans de bonnes conditions.

Le budget de l'ANSP en année pleine

Le budget de l'ANSP au 1^{er} mai 2016 résulte de la différence entre le cumul des trois budgets initiaux des trois établissements (INPES, InVS, EPRUS) et de l'exécution estimée sur les quatre premiers mois de l'année 2016. Ainsi, en année pleine, les charges de l'agence s'élèvent à 185,91 M€ et les recettes à 159,69 M€. Le résultat prévisionnel 2016 s'élève à –27,22 M€.

Autorisations budgétaires

(en milliers d'euros)

Dépenses	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Recettes	
Personnel <i>dont charges de pensions civiles</i>	37 313 790	37 313 790	Recettes globalisées :	90 372
			– subventions pour charges de service public	51 352
Fonctionnement	77 630	82 108	– autres financements de l'État	32 550
			– fiscalité affectée	5 499
Intervention	15 025	24 480	– autres financements publics	300
Investissement	5 808	7 317	– recettes propres	671
Enveloppe recherche* :			Recettes fléchées :	38 716
– personnel			– financements de l'État fléchés	2 024
– fonctionnement			– autres financements publics fléchés	36 645
– investissement			– recettes propres fléchées	47
Total des dépenses	135 776	151 218	Total des recettes	129 088
Solde budgétaire (excédent)			Solde budgétaire (déficit)	22 130

* uniquement pour les EPSCP, le cas échéant, sur autorisation du contrôleur budgétaire, une ou plusieurs enveloppes destinées à des contrats de recherche.

Équilibre financier (budget initial 2016)

(en milliers d'euros)

Besoins		Financement	
Solde budgétaire (déficit)	22 130	Solde budgétaire (excédent)	0
Remboursements d'emprunts (capital), nouveaux prêts (capital), dépôts et cautionnements	0	Nouveaux emprunts (capital), remboursements de prêts (capital), dépôts et cautionnements	0
Opérations au nom et pour le compte de tiers	0	Opérations au nom et pour le compte de tiers	0
Autres décaissements sur comptes de tiers	0	Autres encaissements sur comptes de tiers	0
Sous-total des opérations ayant un impact négatif sur la trésorerie de l'organisme (1)	22 130	Sous-total des opérations ayant un impact positif sur la trésorerie de l'organisme (2)	0
Abondement de la trésorerie (2) - (1) :	0	Prélèvement de la trésorerie (1) - (2) :	22 130
– abondement de la trésorerie fléchée	17 138	– prélèvement de la trésorerie fléchée	0
– abondement de la trésorerie non fléchée	0	– prélèvement de la trésorerie non fléchée	39 268
Total des besoins	22 130	Total des financements	22 130

DÉPENSES 2016 DE L'OPÉRATEUR PAR DESTINATION

(en milliers d'euros)

Destination	Personnel		Fonctionnement		Intervention		Investissement		Total	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Intervention d'urgence	2 841	2 841	29 680	35 131	0	0	294	321	32 815	38 293
Prévention et promotion de la santé	7 671	7 671	32 398	34 312	5 072	11 379	437	545	45 578	53 907
Support	6 695	6 695	7 114	8 521	0	0	4 356	5 569	18 165	20 785
Veille et alerte	20 106	20 106	8 438	4 144	9 953	13 101	721	882	39 218	38 233
Total	37 313	37 313	77 630	82 108	15 025	24 480	5 808	7 317	135 776	151 218

Les montants des dépenses 2016 inscrits sont ceux du budget provisoire 2016. Ils recouvrent les dépenses du 1^{er} mai 2016 au 31 décembre 2016.

CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L'OPÉRATEUR

(en ETPT)

	Réalisation 2015 (1)	LFI 2016 (2)	PLF 2017
Emplois rémunérés par l'opérateur :			611
– sous plafond			597
– hors plafond			14
<i>dont contrats aidés</i>			

(1) La réalisation 2015 reprend la présentation du RAP 2015.

(2) LFI ou LFR le cas échéant.

Par exception au cadre de référence mis en œuvre en 2016 pour l'ensemble des opérateurs, aucune réduction d'ETPT n'a été imposée à l'ANSP pour sa première année d'existence. Les gains à attendre du fait de ce regroupement se produiront progressivement, au cours des exercices 2017, 2018 et 2019, notamment par la mutualisation des fonctions support, opération délicate qu'il convient de mener sans porter atteinte aux capacités opérationnelles d'une entité complexe. Le gain en ETPT est estimé à -10 % sur la période 2017-2019.

Pour mémoire, sont rappelés ci-après les effectifs de chacun des opérateurs constitutifs de l'ANSP.

Effectifs sous plafond (ETPT)	LFI 2016
ADALIS (GIP)	36
EPRUS	30
INPES	127
InVS	411
Total ANSP	604

EHESP - Ecole des hautes études en santé publique

L'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) a été créée par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, par transformation de l'École nationale de la santé publique de Rennes. Elle perçoit une subvention pour charges de service public, d'une part de la direction générale de la santé (programme 204), et, d'autre part, du Ministère de la recherche et de l'enseignement supérieur (programme 150).

Elle a conservé l'ensemble des missions de service public, dont la formation des fonctionnaires en charge des politiques publiques dans le domaine sanitaire et social, et de l'inspection-contrôle-évaluation des programmes de santé publique et des établissements, du pilotage de ces programmes, du management des établissements de santé, médico-sociaux et sociaux, de la veille et sécurité sanitaire, de la santé scolaire et du génie sanitaire.

Ces missions ont été élargies par le législateur. Ainsi, l'EHESP est également chargée d'assurer un enseignement supérieur en santé publique, en réseau avec des établissements partenaires, d'animer ce réseau, de contribuer à la recherche en santé publique et de développer les relations internationales dans son champ de compétences.

Contrat d'objectifs et de performance (COP)

Le contrat d'objectifs et de performance (COP) 2014-2018 a engagé une stratégie de recentrage des actions de l'école autour de deux grandes orientations transversales :

1. être force de proposition, lieu de débat et accompagner les évolutions de notre système de santé pour répondre aux enjeux d'aujourd'hui et relever les défis de demain ;
2. mieux comprendre et participer à la lutte contre les inégalités sociales et de territoire de santé.

Ce projet vise à mobiliser les forces vives de l'école sur cinq thématiques prioritaires :

1. politiques sociales de santé ;
2. organisation, pilotage, régulation et management des services de santé dans leurs dimensions sanitaires, sociale et médico-sociale ;
3. environnement et santé ;
4. sécurité sanitaire ;
5. promotion de la santé et prévention.

Il est structuré autour de dix objectifs opérationnels et une cinquantaine d'engagements pour période quinquennale.

Dans la continuité des orientations du COP, une mission d'audit a été menée par l'IGAS sur l'évolution de l'organisation de l'école en juillet 2014.

Appuyé sur ce rapport, une démarche interne de consultation et de concertation a été engagée, visant à la définition d'un Plan Pluriannuel d'Efficiencia et d'Aménagement de la Performance (PPEAP) mis en œuvre depuis 2015.

Le plan pluriannuel d'efficiencia et d'amélioration de performance (PPEAP)

Lancé au printemps 2015, ce plan est structuré en quatre volets complémentaires :

- Volet 1 : simplification, rationalisation et sécurisation des circuits et procédures ;
- Volet 2 : croissance des recettes ;
- Volet 3 : stratégie de formation, innovations pédagogiques et école numérique ;
- Volet 4 : politique immobilière.

Piloté par le secrétariat général de l'école, le PPEAP, intégrant les aspects de qualité de vie au travail, doit permettre une optimisation du fonctionnement interne de l'école et la mobilisation de l'ensemble des ressources de l'école au service de ses missions et au profit de ses usagers et personnels. Les projets majeurs déjà mis en œuvre ou en cours pour 2016-2017 sont :

- le regroupement des équipes et des sites parisiens au sein d'un bâtiment unique de la MSH Paris Nord, effectif depuis janvier 2016 ;
- le rétablissement de la comptabilité analytique et la construction de tableaux de bord en appui à la stratégie du Comité de Direction, se concrétisant dans la création d'un Centre d'Appui au Pilotage et à la Qualité en juin 2016 ;
- l'évolution du rôle stratégique de la Direction des Études mise en œuvre en janvier 2017 ;
- l'organisation, dès janvier 2017, d'une rentrée unique des élèves de la FPE et de la FPH, jusqu'alors accueillis à l'automne pour les premiers et en janvier pour les seconds ;
- la réorganisation de la chaîne financière incluant la création d'un centre de services partagés des achats et des missions en janvier 2017 ;
- la définition de la politique hôtelière (restauration et hébergement) du site rennais, aboutissant à la mise en place d'une délégation de service public pour la restauration collective en septembre 2017 et la recherche partagée avec le CROUS de solutions partenariales pour offre d'hébergement en adéquation avec les besoins nouveaux et modes de vie des élèves et étudiants ;
- l'évolution des accueils principaux et le Gorgeu et la mise en place d'un guichet unique des fonctions logistiques en septembre 2017 ;
- la définition d'un schéma directeur immobilier pluriannuel, visant à une répartition optimale des espaces et accompagnant les projets de réorganisations du PPEAP.

L'affirmation de la double appartenance aux communautés d'universités et d'établissement à Paris et dans le Grand Ouest

Depuis la signature du COP 2014-2018, l'EHESP a souhaité réaffirmer son positionnement stratégique et atypique dans le paysage universitaire par une double appartenance aux communautés d'universités et d'établissement (COMUE) Université Sorbonne Paris Cité et Université Bretagne Loire.

Pour Université Sorbonne Paris Cité : la gouvernance mise en place a permis d'asseoir des politiques communes au sein de la COMUE, appuyées sur un certain nombre de services partagés, notamment dans le domaine des études doctorales ou des innovations pédagogiques et du numérique.

Pour l'Université Bretagne Loire, une nouvelle gouvernance s'est mise en place en début 2016, actant définitivement la construction d'un projet interrégional. L'école doit prendre toute sa place dans les dix départements thématiques en cours de structuration et renforcer les projets communs avec les partenaires de l'UBL.

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 OPÉRATEURS

Les faits marquants pour 2017

- L'intégration des filières État et hospitalières au sein des départements d'enseignement et de recherche, et la rentrée unique des élèves fonctionnaires de la fonction publique hospitalière (DH, D3S, DS et AAH) et des élèves de la fonction publique d'État (IASS, PHISP et MISP) en janvier 2017.
- L'évolution du campus rennais :
 - L'exploitation en année pleine du bâtiment IRSET, livré en début d'année 2016, et la fermeture simultanée du bâtiment LERES ;
 - La livraison du bâtiment MSHB, qui sera mis en service au dernier trimestre 2016 ;
 - Ces deux événements génèrent de nouvelles charges, prises en compte dans les projections budgétaires de l'exercice 2017. Les partenaires de Rennes 1 (IRSET) et de Rennes 2 (MSHB) verseront à l'EHESP leurs contreparties financières au fonctionnement mutualisé de ces deux bâtiments, suivant les dispositions des conventions conclues avec ces deux entités, dont celle avec Rennes 2 sera soumise au CA de l'automne 2016.
- La poursuite du développement de la recherche et de l'expertise en référence aux cinq thématiques du COP en prenant appui sur les quatre départements de l'école et sur ses équipes labellisées : l'Institut de Recherche sur la Santé, l'Environnement et le Travail (IRSET, UMR INSERM 1085), le Centre de Recherches sur l'Action Politique en Europe (CRAPE, UMR CNRS 6051) et l'équipe d'accueil Management des organisations de santé (MOS).
- La nouvelle co-accréditation de la mention de master de santé publique en partenariat avec l'Université Rennes 1 (14 parcours) et une répartition équilibrée des droits d'inscription.
- Le déploiement du numérique (nouvelles salles expérimentales à la MSHB et à la Plaine Saint-Denis) et le plan pluriannuel de modernisation des salles de cours du bâtiment Robert Debré (équipements, mobiliers...).
- Le renforcement des démarches qualité par :
 - La labellisation HSR4R, un label de qualité européen, pouvant prendre part à la mise en œuvre du projet d'établissement. Après une démarche d'auto-diagnostic interne, l'école lance un plan d'actions et de perspectives d'amélioration portant sur 42 objectifs à atteindre sur 4 ans ;
 - La certification de notre offre de formation continue (décret n° 2015-790 du 30 juin 2015 relatif à la qualité des actions de formation professionnelle continue) ;
 - La préparation à l'évaluation HCERES.

FINANCEMENT DE L'ÉTAT

(en milliers d'euros)

Programme intéressé ou nature de la dépense	Réalisation 2015		LFI 2016		PLF 2017	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
204 / Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	9 705	9 705	9 541	9 541	9 181	9 181
Subventions pour charges de service public	9 695	9 695	9 541	9 541	9 181	9 181
Transferts	10	10				
129 / Coordination du travail gouvernemental	29	29				
Transferts	29	29				
150 / Formations supérieures et recherche universitaire	2 109	2 109	2 285	2 285	2 197	2 197
Subventions pour charges de service public	2 109	2 109	2 285	2 285	2 197	2 197
304 / Inclusion sociale et protection des personnes	200	200				
Transferts	200	200				
Total	12 043	12 043	11 826	11 826	11 378	11 378

Pour ce qui concerne la détermination de la SCSP du programme 204, il a été tenu compte de l'impact sur la masse salariale du schéma d'emploi et des mesures d'économies de 5 % sur les dépenses de fonctionnement hors rémunération, au regard du poids de la SCSP dans le montant global des recettes. La détermination de ce montant tient également compte des risques financiers et comptables identifiés pour certains opérateurs et des missions nouvelles qui leur sont dévolues par la LMSS.

La SCSP 2017 de l'EHESP est fixée à 9,18M€, soit une diminution de 0,36M€ par rapport à la SCSP inscrite en LFI 2016, répartie comme suit :

- réduction de la masse salariale correspondant au schéma d'emploi : -0,22 M€
- réduction des dépenses de fonctionnement : -0,14 M€

La SCSP de l'EHESP relève de l'action 11 « Pilotage de la politique de santé » du programme 204.

BUDGET INITIAL 2016 DE L'OPÉRATEUR

Compte de résultat

(en milliers d'euros)

Charges	Compte financier 2015	Budget initial 2016	Produits	Compte financier 2015	Budget initial 2016
Personnel <i>dont charges de pensions civiles</i>	42 038 3 868	45 617 3 950	Subventions de l'État : – subvention pour charge de service public (SCSP) – crédits d'intervention (transfert)	12 553 11 804 749	12 773 11 693 1 080
Fonctionnement autre que les charges de personnel	14 986	15 835	Fiscalité affectée		
			Autres subventions	32 554	32 400
Intervention	0	0	Autres produits	14 645	12 421
Total des charges	57 024	61 452	Total des produits	59 752	57 594
Résultat : bénéfice	2 728		Résultat : perte		3 858
Total : équilibre du CR	59 752	61 452	Total : équilibre du CR	59 752	61 452

Tableau de financement abrégé

(en milliers d'euros)

Emplois	Compte financier 2015	Budget initial 2016	Ressources	Compte financier 2015	Budget initial 2016
Insuffisance d'autofinancement	0	1 708	Capacité d'autofinancement	3 891	0
Investissements	2 052	3 023	Financement de l'actif par l'État		
			Financement de l'actif par des tiers autres que l'État		
			Autres ressources (y compris Fiscalité affectée)		
Remboursement des dettes financières			Augmentation des dettes financières		
Total des emplois	2 052	4 731	Total des ressources	3 891	0
Apport au fonds de roulement	1 839		Prélèvement sur le fonds de roulement		4 731

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | OPÉRATEURS

Autorisations budgétaires

(en milliers d'euros)

Dépenses	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Recettes	
Personnel <i>dont charges de pensions civiles</i>	45 617	45 617	Recettes globalisées :	57 544
			– subventions pour charges de service public	11 693
Fonctionnement	13 644	13 635	– autres financements de l'État	1 080
			– fiscalité affectée	
Intervention			– autres financements publics	32 400
Investissement	2 123	3 023	– recettes propres	12 371
Enveloppe recherche* :			Recettes fléchées :	
– personnel			– financements de l'État fléchés	
– fonctionnement			– autres financements publics fléchés	
– investissement			– recettes propres fléchées	
Total des dépenses	61 384	62 275	Total des recettes	57 544
Solde budgétaire (excédent)			Solde budgétaire (déficit)	4 731

* uniquement pour les EPSCP, le cas échéant, sur autorisation du contrôleur budgétaire, une ou plusieurs enveloppes destinées à des contrats de recherche.

Équilibre financier (budget initial 2016)

(en milliers d'euros)

Besoins		Financement	
Solde budgétaire (déficit)	4 731	Solde budgétaire (excédent)	0
Remboursements d'emprunts (capital), nouveaux prêts (capital), dépôts et cautionnements		Nouveaux emprunts (capital), remboursements de prêts (capital), dépôts et cautionnements	
Opérations au nom et pour le compte de tiers	1 836	Opérations au nom et pour le compte de tiers	798
Autres décaissements sur comptes de tiers		Autres encaissements sur comptes de tiers	
Sous-total des opérations ayant un impact négatif sur la trésorerie de l'organisme (1)	6 567	Sous-total des opérations ayant un impact positif sur la trésorerie de l'organisme (2)	798
Abondement de la trésorerie (2) - (1) :	0	Prélèvement de la trésorerie (1) - (2) :	5 769
– abondement de la trésorerie fléchée		– prélèvement de la trésorerie fléchée	
– abondement de la trésorerie non fléchée	0	– prélèvement de la trésorerie non fléchée	5 769
Total des besoins	6 567	Total des financements	6 567

DÉPENSES 2016 DE L'OPÉRATEUR PAR DESTINATION

(en milliers d'euros)

Destination	Personnel		Fonctionnement		Intervention		Investissement		Total	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Formation initiale et continue	20 382	20 382	4 249	4 249					24 631	24 631
Immobilier			2 030	2 030			594	1 494	2 624	3 524
Pilotage et support	22 632	22 632	5 023	5 014			959	959	28 614	28 605
Recherche	2 603	2 603	2 342	2 342			570	570	5 515	5 515
Total	45 617	45 617	13 644	13 635			2 123	3 023	61 384	62 275

CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L'OPÉRATEUR

(en ETPT)

	Réalisation 2015 (1)	LFI 2016 (2)	PLF 2017
Emplois rémunérés par l'opérateur :	358	396	345
– sous plafond	325	325	313
– hors plafond	33	71	32
<i>dont contrats aidés</i>	7		7
Autres emplois en fonction dans l'opérateur :	70	76	85
– rémunérés par l'État par ce programme			
– rémunérés par l'État par d'autres programmes	70	34	36
– rémunérés par d'autres collectivités ou organismes		42	49

(1) La réalisation 2015 reprend la présentation du RAP 2015.

(2) LFI ou LFR le cas échéant.

La répartition de l'effort relatif aux emplois des opérateurs du programme a pris en compte plusieurs éléments : l'extension en année pleine du schéma d'emplois 2016 et une diminution de 10 % des effectifs de l'ANSP à partir de 2017, le solde étant réparti entre les opérateurs.

Compte tenu de ces éléments, le plafond d'emploi de l'EHESP est fixé à 313 ETPT en 2017, soit une diminution de -12 ETPT, au regard du plafond inscrit en LFI 2016. Ce plafond d'emploi tient compte également des gains attendus de l'optimisation de la gestion de l'école suite à la mise en place du nouveau modèle économique.

L'EHESP compte également des emplois dans le cadre du programme 150 « Formations supérieures et recherche universitaire » du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

À ce stade, le nombre des ETPT hors plafond pour 2017 est de 32 ETPT, correspondant aux personnels recrutés notamment dans le cadre de projets de recherche ainsi qu'à des contrats aidés.

INCa - Institut National du Cancer

L'article L.1415-2 du code de la santé publique dispose que l'Institut national du cancer (INCa) est chargé de coordonner les actions de lutte contre le cancer. À ce titre, il exerce notamment les missions suivantes :

1. observation et évaluation du dispositif de lutte contre le cancer, en s'appuyant notamment sur les professionnels et les industriels de santé ainsi que sur les représentants des usagers ;
2. définition de référentiels de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie ainsi que de critères d'agrément des établissements et des professionnels de santé pratiquant la cancérologie ;
3. information des professionnels et du public sur l'ensemble des problèmes relatifs au cancer ;
4. participation à la mise en place et à la validation d'actions de formation médicale et paramédicale continue des professions et personnes intervenant dans le domaine de la lutte contre le cancer ;
5. mise en œuvre, financement, coordination d'actions particulières de recherche et de développement, et désignation d'entités et d'organisations de recherche en cancérologie répondant à des critères de qualité, en liaison avec les organismes publics de recherche concernés ;
6. développement et suivi d'actions communes entre opérateurs publics et privés en cancérologie dans les domaines de la prévention, de l'épidémiologie, du dépistage, de la recherche, de l'enseignement, des soins et de l'évaluation ;
7. participation au développement d'actions européennes et internationales ;
8. réalisation, à la demande des ministres intéressés, de toute expertise sur les questions relatives à la cancérologie et à la lutte contre le cancer.

Dans les conditions prévues par le décret n° 2005-419 du 3 mai 2005, il est constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public sans limitation de durée entre l'État et les principaux acteurs de la lutte contre le cancer, notamment les caisses nationales d'assurance maladie, l'INSERM, le CNRS, les fédérations hospitalières et les associations de

patients. L'État est représenté au conseil d'administration du GIP INCa par le ministère chargé de la santé et par le ministère chargé de la recherche.

Gouvernance et pilotage stratégique

Dans le cadre des missions qui lui sont confiées par le législateur, un contrat d'objectifs et de performance (COP) a été signé en 2015 entre l'INCa et ses deux ministères de tutelle. Il détermine les objectifs de l'Institut pour la période 2015-2018 en assurant une articulation avec le troisième plan cancer. Il est organisé autour de quatre axes stratégiques, sept objectifs stratégiques, 21 objectifs opérationnels et 15 indicateurs :

Axe stratégique 1 : Consolider une approche intégrée de la lutte contre le cancer :

- Conforter l'articulation des actions de recherche, de prévention, de dépistage et d'organisation des soins, et contribuer à la lutte contre les inégalités face à la maladie ;
- Coordonner les actions des acteurs de la lutte contre le cancer au service d'une action publique cohérente et efficace et piloter le troisième Plan ;

Axe stratégique 2 : Conforter la qualité de l'expertise et améliorer la performance de l'Institut :

- Anticiper les sujets émergents et conforter la qualité des expertises au service de la connaissance et de l'action ;
- Renforcer l'efficacité de l'établissement ;

Axe stratégique 3 : Renforcer la démocratie sanitaire et partager les résultats de l'expertise :

- Accroître la pertinence des actions de l'Institut par l'implication des citoyens et des professionnels dans les processus de travail de l'INCa ;
- Favoriser l'appropriation des résultats de l'expertise et de l'innovation par les patients, le grand public, les professionnels de santé et les chercheurs ;

Axe stratégique 4 : Promouvoir une recherche de pointe au profit de tous les patients :

- Faire émerger l'innovation scientifique, technologique et organisationnelle et favoriser son déploiement.

Par ailleurs, l'INCa pilote le troisième plan cancer (2014-2019) pour le compte du ministère des affaires sociales et de la santé et du ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Ce plan comporte 17 objectifs déclinés en 185 actions, organisés autour des axes stratégiques suivants :

- Guérir plus de malades ;
- Préserver la continuité et la qualité de vie ;
- Investir dans la prévention et la recherche ;
- Optimiser le pilotage et les organisations.

L'INCa met en œuvre directement plus de 80 actions.

Activités de l'établissement en 2017

Le plan d'action 2017 sera notamment élaboré dans la perspective :

- d'accompagner la conduite du changement relative aux organisations régionales de la cancérologie dans le domaine de la prévention et des soins ;
- de préparer les évolutions des programmes de dépistage, notamment la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus et le renouvellement du programme organisé concernant le cancer du sein ;
- de réviser les critères d'agréments dans la perspective de la refonte du régime d'autorisation ;
- de soutenir les équipes de recherche françaises face aux enjeux de la médecine numérique ;
- de lancer un programme spécifique de soutien aux grands essais thérapeutiques proches des soins ;
- de poursuivre et d'élargir à de nouveaux domaines la structuration de la recherche contre le cancer ;
- de développer le système d'observation des cancers en France, grâce à la cohorte cancer et au collecteur national du DCC ;
- de constituer un observatoire de la recherche en Cancérologie en France, permettant de rendre accessibles les données au bénéfice des patients, des publics, des chercheurs et des ministères ;
- d'éclairer, par son expertise, les décisions des autres acteurs institutionnels en charge du médicament ;
- de maintenir une politique de communication attentive à la problématique des inégalités et d'adapter les formats de production aux usages ;
- d'évaluer et faire évoluer les modalités de la démocratie sanitaire et scientifique.

En outre, considérant que 40 % des cancers sont attribuables à des facteurs évitables, l'année 2017 sera l'occasion de marquer l'engagement résolu de l'INCa à renforcer la prévention primaire des cancers, en coopération avec l'ANSP.

L'année 2017 sera la troisième année pleine de mise en œuvre du troisième plan cancer présenté par le Président de la République en février 2014.

Optimisation de la dépense

En 2017, l'INCa poursuivra ses efforts de maîtrise des dépenses de fonctionnement permis par de nouveaux outils informatiques (« GIPSI » pour la gestion des appels à projets et des conventions), dont la montée en charge et le déploiement seront poursuivis.

Des économies seront recherchées sur certaines dépenses de recherche et développement, d'études et de communication, et les budgets et les échéances des appels à projets et de certaines subventions de structures seront ajustés.

FINANCEMENT DE L'ÉTAT

(en milliers d'euros)

Programme intéressé ou nature de la dépense	Réalisation 2015		LFI 2016		PLF 2017	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
204 / Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	38 802	38 802	45 047	45 047	44 502	44 502
Subventions pour charges de service public	38 802	38 802	45 047	45 047	44 502	44 502
Total	38 802	38 802	45 047	45 047	44 502	44 502

Pour ce qui concerne la détermination de la SCSP du programme 204, il a été tenu compte de l'impact sur la masse salariale du schéma d'emploi et des mesures d'économies de 5 % sur les dépenses de fonctionnement hors rémunération, au regard du poids de la SCSP dans le montant global des recettes. La détermination de ce montant tient également compte des risques financiers et comptables identifiés pour certains opérateurs et des missions nouvelles qui leur sont dévolues par la LMSS.

La SCSP 2017 de l'INCa est fixée à 44,50 M€, soit une diminution de 0,54 M€ par rapport à la SCSP inscrite en LFI 2016, répartie comme suit :

- réduction de la masse salariale correspondant au schéma d'emploi : -0,18 M€
- réduction des dépenses de fonctionnement : -0,36 M€

La subvention pour charges de service public de l'INCa relève de l'action n° 14 « Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades » du programme 204.

Par ailleurs, l'INCa perçoit de l'ANR une subvention de 38 M€ au titre du programme 172 « Recherches scientifiques et technologiques pluridisciplinaires ».

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | OPÉRATEURS

BUDGET INITIAL 2016 DE L'OPÉRATEUR

Compte de résultat

(en milliers d'euros)

Charges	Compte financier 2015	Budget initial 2016	Produits	Compte financier 2015	Budget initial 2016
Personnel <i>dont charges de pensions civiles</i>	13 493 222	14 000 243	Subventions de l'État : – subvention pour charge de service public (SCSP) – crédits d'intervention (transfert)	38 802 38 802	44 439 44 439
Fonctionnement autre que les charges de personnel	17 370	17 230	Fiscalité affectée		
			Autres subventions	44 964	43 071
Intervention	65 891	63 000	Autres produits	2 072	1 540
Total des charges	96 754	94 230	Total des produits	85 838	89 050
Résultat : bénéfice			Résultat : perte	10 916	5 180
Total : équilibre du CR	96 754	94 230	Total : équilibre du CR	96 754	94 230

Tableau de financement abrégé

(en milliers d'euros)

Emplois	Compte financier 2015	Budget initial 2016	Ressources	Compte financier 2015	Budget initial 2016
Insuffisance d'autofinancement	10 767	4 780	Capacité d'autofinancement	0	0
Investissements	1 013	395	Financement de l'actif par l'État		
			Financement de l'actif par des tiers autres que l'État		
			Autres ressources (y compris Fiscalité affectée)	5	
Remboursement des dettes financières			Augmentation des dettes financières		
Total des emplois	11 780	5 175	Total des ressources	5	0
Apport au fonds de roulement			Prélèvement sur le fonds de roulement	11 775	5 175

Autorisations budgétaires

(en milliers d'euros)

Dépenses	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Recettes	
Personnel <i>dont charges de pensions civiles</i>	14 000 243	14 000 243	Recettes globalisées : – subventions pour charges de service public – autres financements de l'État – fiscalité affectée	89 050 44 439 1 220
Fonctionnement	13 435	16 830	– autres financements publics – recettes propres	38 534 4 857
Intervention	54 635	63 000		
Investissement	143	395		
Enveloppe recherche* : – personnel – fonctionnement – investissement			Recettes fléchées : – financements de l'État fléchés – autres financements publics fléchés – recettes propres fléchées	
Total des dépenses	82 213	94 225	Total des recettes	89 050
Solde budgétaire (excédent)			Solde budgétaire (déficit)	5 175

* uniquement pour les EPSCP, le cas échéant, sur autorisation du contrôleur budgétaire, une ou plusieurs enveloppes destinées à des contrats de recherche.

Équilibre financier (budget initial 2016)

(en milliers d'euros)

Besoins		Financement	
Solde budgétaire (déficit)	5 175	Solde budgétaire (excédent)	0
Remboursements d'emprunts (capital), nouveaux prêts (capital), dépôts et cautionnements		Nouveaux emprunts (capital), remboursements de prêts (capital), dépôts et cautionnements	
Opérations au nom et pour le compte de tiers		Opérations au nom et pour le compte de tiers	
Autres décaissements sur comptes de tiers		Autres encaissements sur comptes de tiers	
Sous-total des opérations ayant un impact négatif sur la trésorerie de l'organisme (1)	5 175	Sous-total des opérations ayant un impact positif sur la trésorerie de l'organisme (2)	0
Abondement de la trésorerie (2) - (1) :	0	Prélèvement de la trésorerie (1) - (2) :	5 175
– abondement de la trésorerie fléchée		– prélèvement de la trésorerie fléchée	
– abondement de la trésorerie non fléchée	0	– prélèvement de la trésorerie non fléchée	5 175
Total des besoins	5 175	Total des financements	5 175

DÉPENSES 2016 DE L'OPÉRATEUR PAR DESTINATION

(en milliers d'euros)

Destination	Personnel		Fonctionnement		Intervention		Investissement		Total	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Autres fonctions d'appui aux métiers	914	914	423	423	430	430			1 767	1 767
Fonctions de pilotage et de support	3 220	3 220	3 309	5 206			143	395	6 672	8 821
Information des publics	1 569	1 569	5 619	5 589	40	40			7 228	7 198
Innovations thérapeutiques	976	976	60	60	6 873	9 341			7 909	10 377
Observation et évaluation en santé publique	1 298	1 298	467	467	6 370	6 570			8 135	8 335
Organisation et qualité des soins	2 888	2 888	1 464	1 422	35	280			4 387	4 590
Prévention/Dépistage	1 643	1 643	1 264	1 782	2 759	1 838			5 666	5 263
Recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique	330	330	178	178	6 350	5 984			6 858	6 492
Recherche fondamentale et intégrée	339	339	345	1 166	24 064	28 207			24 748	29 712
Recherche translationnelle et clinique	823	823	306	537	7 714	10 310			8 843	11 670
Total	14 000	14 000	13 435	16 830	54 635	63 000	143	395	82 213	94 225

CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L'OPÉRATEUR

(en ETPT)

	Réalisation 2015 (1)	LFI 2016 (2)	PLF 2017
Emplois rémunérés par l'opérateur :	158	161	157
– sous plafond	150	149	145
– hors plafond	8	12	12
dont contrats aidés	3		
Autres emplois en fonction dans l'opérateur :	5	3	
– rémunérés par l'État par ce programme		0	
– rémunérés par l'État par d'autres programmes		0	
– rémunérés par d'autres collectivités ou organismes	5	3	

(1) La réalisation 2015 reprend la présentation du RAP 2015.

(2) LFI ou LFR le cas échéant.

La répartition de l'effort sur les emplois des opérateurs du programme a pris en compte plusieurs éléments : l'extension en année pleine du schéma d'emplois 2016 et une diminution de 10 % des effectifs de l'ANSP sur trois ans à compter de 2017, le solde étant réparti entre les opérateurs.

Compte tenu de ces éléments, le plafond d'emploi de l'INCa est fixé à 145 ETPT en 2017 soit une diminution de 4 ETPT au regard du plafond inscrit en LFI 2016.

À ce stade, le nombre des ETPT hors plafond inscrits dans le PAP 2016 est reconduit pour 2017. Les 12 postes correspondent à des missions antérieurement exercées par les partenaires de l'INCa (Ligue contre le cancer, Unicancer). Ils permettent également à l'institut le développement de ses partenariats avec les acteurs de la lutte contre le cancer, qui est une des missions fixées par le législateur, et le renforcement de sa participation internationale via les appels à projets européens.

PROGRAMME 183

PROTECTION MALADIE

MINISTRE CONCERNÉE : MARISOL TOURAINE, MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Présentation stratégique du projet annuel de performances	92
Objectifs et indicateurs de performance	93
Présentation des crédits et des dépenses fiscales	96
Justification au premier euro	100

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE DU PROJET ANNUEL DE PERFORMANCES

Thomas FATOME

Directeur de la sécurité sociale

Responsable du programme n° 183 : Protection maladie

Les deux actions qui composent le programme « Protection maladie » visent à assurer, en complément des politiques de sécurité sociale, un effort de la solidarité nationale en faveur de l'accès aux soins des publics les plus défavorisés et de l'indemnisation des victimes de l'amiante. Qu'il s'agisse de garantir l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière ou de procéder à la juste indemnisation des victimes de l'amiante, les dispositifs existants jouent un rôle central dans la santé des personnes les plus fragiles.

L'aide médicale de l'État (AME) de droit commun contribue à l'accès aux soins des personnes résidant en France depuis plus de trois mois qui ne remplissent pas les conditions de séjour ni d'affiliation à la sécurité sociale. Le plafond de ressources pris en compte pour bénéficier de ce dispositif de prise en charge des dépenses de santé sans avance de frais est identique à celui de la couverture maladie universelle complémentaire.

Le dispositif d'indemnisation des victimes de l'amiante garantit l'équité de traitement entre les victimes des conséquences de l'exposition à ce matériau. Elles peuvent ainsi obtenir réparation de leurs préjudices dans un délai rapide et selon une procédure simplifiée.

Cette politique est menée en étroite collaboration avec les différents partenaires en charge des deux dispositifs rattachés au programme « Protection maladie ». La gestion de l'AME est déléguée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). L'indemnisation des victimes de l'amiante est assurée par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Pour mesurer les efforts accomplis, les objectifs et indicateurs de performance sont axés sur l'amélioration des délais d'instruction permettant d'accéder aux droits, ainsi que sur les efforts de contrôle menés par les organismes gestionnaires, notamment pour la vérification des ressources déclarées. Ce choix s'explique par la volonté d'une part, de garantir l'accès aux droits et aux soins dans les meilleurs délais et, d'autre part, de mettre en œuvre une gestion rigoureuse de ces dispositifs, grâce à une politique active de contrôle et de lutte contre la fraude.

RÉCAPITULATION DES OBJECTIFS ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

OBJECTIF 1	Assurer la délivrance de l'aide médicale de l'Etat dans des conditions appropriées de délais et de contrôles
INDICATEUR 1.1	Délai moyen d'instruction des demandes d'AME
INDICATEUR 1.2	Contrôle des ressources déclarées des bénéficiaires de l'AME
OBJECTIF 2	Réduire les délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA
INDICATEUR 2.1	Pourcentage des offres présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de six mois
INDICATEUR 2.2	Pourcentage des offres payées dans le délai réglementaire de deux mois

OBJECTIFS ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

OBJECTIF N° 1

Assurer la délivrance de l'aide médicale de l'Etat dans des conditions appropriées de délais et de contrôles

INDICATEUR 1.1

Délai moyen d'instruction des demandes d'AME

(du point de vue de l'usager)

	Unité	2014 Réalisation	2015 Réalisation	2016 Prévision PAP 2016	2016 Prévision actualisée	2017 Prévision	2017 Cible
Délai moyen d'instruction des dossiers	jours	50	39	orientation à la baisse		25	25

Précisions méthodologiques

Source des données : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Mode de calcul : Moyenne des délais enregistrés dans chaque caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et caisse générale de sécurité sociale (CGSS), pondérée par le volume d'attestations de droits délivrées par chaque caisse. Le délai moyen d'instruction des dossiers correspond à celui qui s'écoule entre la date de réception du dossier complet par la CPAM ou la CGSS et la date de notification par courrier de la décision d'attribution ou de refus.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Le deuxième semestre 2015 a permis une amélioration sensible des délais d'instruction des dossiers, notamment dans les caisses qui avaient traditionnellement un volume moindre de demandes à traiter, mais qui ont dû absorber de nouveaux flux en 2014 et 2015. Les délais moyens d'instruction ont ainsi pu être ramenés de 50 jours en 2014 à 39 jours en 2015. Cet effort sera poursuivi en 2017 et l'objectif d'une orientation à la baisse sur 2016 est maintenu. L'adaptation des moyens et surtout des modalités d'organisations et des processus de gestion des caisses à l'évolution des effectifs de bénéficiaires devrait permettre d'atteindre le délai cible de 25 jours en 2017.

INDICATEUR 1.2

Contrôle des ressources déclarées des bénéficiaires de l'AME

(du point de vue du contribuable)

	Unité	2014 Réalisation	2015 Réalisation	2016 Prévision PAP 2016	2016 Prévision actualisée	2017 Prévision	2017 Cible
Pourcentage des dossiers présentant des ressources nulles contrôlés par entretien	%	100	100	100	100	100	100
Pourcentage des dossiers contrôlés par entretien et ayant conduit à un refus du droit à l'AME	%	1,7	NC	SO		SO	SO

Précisions méthodologiques

Source des données : CNAMTS (suivi trimestriel effectué par les 106 CPAM et CGSS).

Protection maladie

Programme n° 183 | OBJECTIFS ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

Mode de calcul :

Pourcentage des dossiers présentant des ressources nulles contrôlés par entretien : il mesure le nombre de dossiers dont les ressources sont déclarées à zéro et faisant l'objet d'un contrôle approfondi des moyens d'existence, avec convocation du demandeur au guichet de la CPAM ou de la CGSS, rapporté au nombre total de dossiers présentant des ressources nulles.

Pourcentage des dossiers contrôlés par entretien et ayant conduit à un refus de droits à l'AME :

Ce sous-indicateur mesure le taux de dossiers des demandes d'AME dont les ressources déclarées préalablement à zéro ont fait l'objet d'un refus de droit suite aux modifications de déclaration apportées après les entretiens individuels.

En complément de ces indicateurs et afin d'optimiser le suivi des contrôles effectués, la CNAMTS communiquera annuellement (hors indicateurs programme 183), le pourcentage de dossiers présentant des ressources déclarées nulles.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Pourcentage des dossiers présentant des ressources nulles contrôlés par entretien : le taux a été fixé à 100 % pour 2016 avec une cible de 100 % en 2017, les caisses devant contrôler la totalité des demandes comportant une déclaration de ressources à zéro. Ce taux a été atteint chaque année depuis 2013.

Pourcentage des dossiers contrôlés par entretien et ayant conduit à un refus de droits à l'AME : les prévisions pour 2016 et 2017 ne sont pas fixées. En effet, l'impact des contrôles sur les sorties de droits ne peut pas être estimé a priori. Une baisse a été constatée entre 2013 et 2014, ce qui tend à indiquer que les contrôles ont pu avoir un effet dissuasif, le pourcentage de bénéficiaires ayant déclaré des ressources nulles alors que celles-ci dépassaient en réalité le plafond ayant diminué.

OBJECTIF N° 2

Réduire les délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA

INDICATEUR 2.1

Pourcentage des offres présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de six mois

(du point de vue de l'usager)

	Unité	2014 Réalisation	2015 Réalisation	2016 Prévision PAP 2016	2016 Prévision actualisée	2017 Prévision	2017 Cible
Pourcentage des offres présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de 6 mois	%	76	76	85	80	85	90

Précisions méthodologiques

Source des données : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

Mode de calcul : suivi mensuel de l'évolution des délais moyens des offres d'indemnisation en mois.

Les offres « présentées » correspondent aux demandes transmises au FIVA, traitées par le juriste responsable du dossier, validées en pré-visa par l'agence comptable et envoyées à la victime.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Si la prévision actualisée pour 2016 (80 %) est inférieure de 5 points à la prévision initiale (85 %), cet écart s'explique par le choix de poursuivre le traitement du stock de dossiers anciens qui demeurent en attente d'une offre. Toutefois, cette prévision actualisée représente une hausse de 4 points par rapport au résultat de 2015 (76 %). Compte tenu des résultats du premier semestre 2016, le délai moyen de traitement des dossiers en 2016 pour les pathologies graves devrait être légèrement inférieur à 4 mois.

La réduction du délai de décision pour les victimes atteintes de pathologies graves reste une priorité du FIVA et l'objectif de 85 % est maintenu pour la prévision 2017. Le fonds a développé en application de son contrat de performance 2014-2016 un service d'accompagnement personnalisé destiné à ce public depuis mi 2015 afin de limiter les délais d'instruction (récupération de documents médicaux ou d'organismes sociaux). Cet objectif est ambitieux, le délai de présentation des offres intégrant des délais de traitement exogènes sur lesquels le fonds n'a pas ou peu de

prise (délais de communication des pièces par les organismes de sécurité sociale, avis Mésopath, examen des dossiers par la commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante, expertises extérieures sollicitées par le FIVA), et qui réduisent donc le temps dont disposent les services du FIVA pour préparer et présenter l'offre.

INDICATEUR 2.2

Pourcentage des offres payées dans le délai réglementaire de deux mois

(du point de vue de l'utilisateur)

	Unité	2014 Réalisation	2015 Réalisation	2016 Prévision PAP 2016	2016 Prévision actualisée	2017 Prévision	2017 Cible
Pourcentage des offres payées aux victimes de pathologies graves dans le délai réglementaire de deux mois	%	97	94	95	96	96	95
Pourcentage des offres payées aux victimes de pathologies bénignes dans le délai réglementaire de deux mois	%	97	96	95	96	96	95

Précisions méthodologiques

Sources des données : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Mode de calcul : suivi mensuel de l'évolution des délais de paiement en mois.

Les offres « payées » correspondent aux offres acceptées par le demandeur, validées par l'agence comptable et versées à la victime.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Les mesures initiées en 2012 (dématérialisation des documents et circuit allégé de validation) et celles prévues dans le contrat d'objectif et de performance 2014-2016 (amélioration du circuit de transmission et de l'interopérabilité des systèmes d'information entre le service indemnisation et l'agence comptable) ont conduit à la poursuite de l'amélioration du processus de paiement des offres du FIVA. L'objectif de 95 % pour 2017 est maintenu.

Protection maladie

Programme n° 183 | PRÉSENTATION DES CRÉDITS ET DES DÉPENSES FISCALES

PRÉSENTATION DES CRÉDITS ET DES DÉPENSES FISCALES

2017 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS DEMANDÉS

2017 / AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Numéro et intitulé de l'action	Titre 6 Dépenses d'intervention	FDC et ADP attendus
02 – Aide médicale de l'Etat	815 213 193	
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	
Total	823 213 193	

2017 / CRÉDITS DE PAIEMENT

Numéro et intitulé de l'action	Titre 6 Dépenses d'intervention	FDC et ADP attendus
02 – Aide médicale de l'Etat	815 213 193	
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	
Total	823 213 193	

2016 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS VOTÉS (LOI DE FINANCES INITIALE)

2016 / AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Numéro et intitulé de l'action	Titre 6 Dépenses d'intervention	FDC et ADP prévus
02 – Aide médicale de l'Etat	739 030 028	
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	13 400 000	
Total	752 430 028	

2016 / CRÉDITS DE PAIEMENT

Numéro et intitulé de l'action	Titre 6 Dépenses d'intervention	FDC et ADP prévus
02 – Aide médicale de l'Etat	739 030 028	
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	13 400 000	
Total	752 430 028	

Protection maladie

Programme n° 183 PRÉSENTATION DES CRÉDITS ET DES DÉPENSES FISCALES

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE ET CATÉGORIE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertes en LFI pour 2016	Demandées pour 2017	Ouverts en LFI pour 2016	Demandés pour 2017
Titre 6 – Dépenses d'intervention	752 430 028	823 213 193	752 430 028	823 213 193
Transferts aux ménages	752 430 028	823 213 193	752 430 028	823 213 193
Total	752 430 028	823 213 193	752 430 028	823 213 193

DÉPENSES FISCALES³

Avertissement

Le niveau de fiabilité des chiffrages de dépenses fiscales dépend de la disponibilité des données nécessaires à la reconstitution de l'impôt qui serait dû en l'absence des dépenses fiscales considérées. Par ailleurs, les chiffrages des dépenses fiscales ne peuvent intégrer ni les modifications des comportements fiscaux des contribuables qu'elles induisent, ni les interactions entre dépenses fiscales.

Les chiffrages présentés pour 2017 ont été réalisés sur la base des seules mesures votées avant le dépôt du projet de loi de finances pour 2017. L'impact des dispositions fiscales de ce dernier sur les recettes 2017 est, pour sa part, présenté dans les tomes I et II de l'annexe « Évaluation des Voies et Moyens ».

■ DÉPENSES FISCALES PRINCIPALES SUR IMPÔTS D'ÉTAT (3)

(En millions d'euros)

Dépenses fiscales sur impôts d'État contribuant au programme de manière principale		Chiffre pour 2015	Chiffre pour 2016	Chiffre pour 2017
120117	Exonération totale puis à hauteur de 50 % des indemnités et prestations servies aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles Impôt sur le revenu <i>Objectif : Aider les personnes allocataires d'indemnités pour accidents du travail ou maladies professionnelles</i> <i>Bénéficiaires 2015 : (nombre non déterminé) ménages - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Création : 1927 - Dernière modification : 2009 - Fin d'incidence budgétaire : dépense fiscale non-bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non-bornée - CGI : 81-8°</i>	375	380	385
120133	Exonération des indemnités versées aux victimes de l'amiante Impôt sur le revenu <i>Objectif : Aider les personnes victimes de l'amiante</i> <i>Bénéficiaires 2015 : 20 674 ménages - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Création : 2004 - Dernière modification : 2004 - Fin d'incidence budgétaire : dépense fiscale non-bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non-bornée - CGI : 81-33° bis</i>	10	10	11
520401	Déduction de l'actif successoral des rentes ou indemnités versées ou dues en réparation de dommages corporels liés à un accident ou une maladie Droits d'enregistrement et de timbre <i>Objectif : Aider les personnes victimes d'accidents et de maladies</i> <i>Bénéficiaires 2015 : (nombre non déterminé) ménages - Création : 1992 - Dernière modification : 2006 - Fin d'incidence budgétaire : dépense fiscale non-bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non-bornée - CGI : 775 bis</i>	nc	nc	nc
Coût total des dépenses fiscales⁴		385	390	396

³ Les dépenses fiscales ont été associées à ce programme conformément aux finalités poursuivies par ce dernier.

« ε » : coût inférieur à 0,5 million d'euros ; « - » : dépense fiscale supprimée ou non encore créée ; « nc » : non chiffrable.

⁴ Le « Coût total des dépenses fiscales » constitue une somme de dépenses fiscales dont les niveaux de fiabilité peuvent ne pas être identiques (cf. caractéristique « Fiabilité » indiquée pour chaque dépense fiscale). Il ne prend pas en compte les dispositifs inférieurs à 0,5 million d'euros (« ε »). Par ailleurs, afin d'assurer une comparabilité d'une année sur l'autre, lorsqu'une dépense fiscale est non chiffrable (« nc »), le montant pris en compte dans le total correspond au dernier chiffrage connu (montant 2016 ou 2015) ; si aucun montant n'est connu, la valeur nulle est retenue dans le total. La portée du total s'avère enfin limitée en raison des interactions éventuelles entre dépenses fiscales. Il n'est donc indiqué qu'à titre d'ordre de grandeur et ne saurait être considéré comme une véritable sommation des dépenses fiscales du programme.

JUSTIFICATION AU PREMIER EURO

ÉLÉMENTS TRANSVERSAUX AU PROGRAMME

Numéro et intitulé de l'action / sous-action	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Titre 2 Dépenses de personnel	Autres titres	Total	Titre 2 Dépenses de personnel	Autres titres	Total
02 – Aide médicale de l'Etat		815 213 193	815 213 193		815 213 193	815 213 193
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante		8 000 000	8 000 000		8 000 000	8 000 000
Total		823 213 193	823 213 193		823 213 193	823 213 193

SUIVI DES CRÉDITS DE PAIEMENT ASSOCIÉS À LA CONSOMMATION DES AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT (HORS TITRE 2)

ESTIMATION DES RESTES À PAYER AU 31/12/2016

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2015 (RAP 2015)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2015 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2015	AE LFI 2016 + reports 2015 vers 2016 + prévision de FDC et ADP + décret n°2016-732 du 2 juin 2016 portant ouverture et annulation de crédits à titre d'avance	CP LFI 2016 + reports 2015 vers 2016 + prévision de FDC et ADP + décret n°2016-732 du 2 juin 2016 portant ouverture et annulation de crédits à titre d'avance	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2016
0		752 055 922	752 055 922	0

ÉCHÉANCIER DES CP À OUVRIR

AE	CP 2017	CP 2018	CP 2019	CP au-delà de 2019
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2016	CP demandés sur AE antérieures à 2017 CP PLF / CP FDC et ADP	Estimation des CP 2018 sur AE antérieures à 2017	Estimation des CP 2019 sur AE antérieures à 2017	Estimation des CP au-delà de 2019 sur AE antérieures à 2017
0	0 0	0	0	0
AE nouvelles pour 2017 AE PLF / AEFDC et ADP	CP demandés sur AE nouvelles en 2017 CP PLF / CPFDC et ADP	Estimation des CP 2018 sur AE nouvelles en 2017	Estimation des CP 2019 sur AE nouvelles en 2017	Estimation des CP au-delà de 2019 sur AE nouvelles en 2017
823 213 193	823 213 193 0	0	0	0
Totaux	823 213 193	0	0	0

CLÉS D'OUVERTURE DES CRÉDITS DE PAIEMENTS SUR AE 2017

CP 2017 demandés sur AE nouvelles en 2017 / AE 2017	CP 2018 sur AE nouvelles en 2017 / AE 2017	CP 2019 sur AE nouvelles en 2017 / AE 2017	CP au-delà de 2019 sur AE nouvelles en 2017 / AE 2017
100 %	0 %	0 %	0 %

Protection maladie

Programme n° 183 JUSTIFICATION AU PREMIER EURO

JUSTIFICATION PAR ACTION

ACTION N° 02

99,0 %

Aide médicale de l'Etat

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FDC et ADP attendus
Autorisations d'engagement		815 213 193	815 213 193	
Crédits de paiement		815 213 193	815 213 193	

L'aide médicale de l'État (AME) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000 pour assurer la protection de la santé des personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois mais ne remplissant pas la condition de régularité du séjour exigée pour l'admission à la couverture maladie universelle (CMU) et dont les ressources sont inférieures au plafond de ressources de la CMUc.

Elle participe donc pleinement des politiques de santé. D'une part, elle protège les personnes concernées en leur permettant l'accès aux soins préventifs et curatifs. D'autre part, elle joue un rôle important en matière de santé publique, en évitant que des affections contagieuses non soignées ne s'étendent dans la population, la faisant profiter des externalités positives de ces soins. Cette prestation a donc un double objectif, humanitaire et sanitaire.

L'action recouvre plusieurs dispositifs :

– **l'AME de droit commun**, qui constitue le cœur du dispositif AME (article L. 251- du code de l'action sociale et des familles (CASF)) : elle est accordée pour une durée d'un an renouvelable. Depuis 2004, son accès est conditionné à une résidence en France ininterrompue de plus de trois mois. Ce dispositif représente, en 2017, 94,7 % de la dotation de l'action et est financièrement à la charge de l'État. Il est géré par l'assurance-maladie.

– **la prise en charge des « soins urgents »**, dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé. Ils sont assurés par les hôpitaux pour les patients étrangers qui résident en France en situation irrégulière sans pouvoir bénéficier de l'AME. Ces soins sont réglés aux établissements de santé par l'assurance maladie et font l'objet d'une prise en charge forfaitaire par l'État.

– **d'autres dispositifs au champ plus limité :**

i) L'AME dite « humanitaire » (4^e alinéa de l'article L. 251-1 du CASF) : sont également possibles, par décision individuelle prise par le ministre compétent, des admissions pour soins hospitaliers ponctuels en France de personnes françaises ou étrangères qui ne résident pas en France. Cette AME, dite « humanitaire », n'a pas le caractère d'un droit pour lesdites personnes. Ce dispositif de prise en charge représente chaque année moins d'une centaine d'admissions ;

ii) Les évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte vers des hôpitaux de la Réunion et éventuellement vers la métropole ;

iii) L'aide médicale pour les personnes gardées à vue (5^e alinéa de l'article L. 251-1 du CASF) : l'aide ne finance que la prise en charge des médicaments (dans le cas où la personne gardée à vue n'a pas à sa disposition l'argent nécessaire à leur achat) et les actes infirmiers prescrits (décret n°2009-1026 relatif à la prise en charge par l'AME des frais pharmaceutiques et de soins infirmiers nécessaires à des personnes placées en garde à vue). Les honoraires de médecins appelés dans le cadre des gardes à vue sont financés quant à eux par le budget du ministère de la justice.

Ces trois derniers dispositifs donnent lieu à des délégations de crédits aux services déconcentrés concernés (directions départementales chargées de la cohésion sociale) pour paiement des dépenses de soins directement aux professionnels de santé et établissements de santé.

Acteurs du dispositif

La direction de la sécurité sociale (DSS) et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) sont les gestionnaires administratifs des dispositifs de l'action « Aide médicale de l'État ». La DSS en assure le pilotage stratégique, sa mise en œuvre législative et réglementaire ainsi que son suivi financier et budgétaire.

Les dispositifs de l'AME de droit commun et des soins urgents impliquent en outre :

- la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) : elle coordonne la mise en œuvre du dispositif pour le compte de l'État et établit les statistiques nationales ;
- les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et caisses générales de sécurité sociale : elles sont chargées de l'admission des bénéficiaires et du service des prestations ;
- les établissements et les professionnels de santé.

Concernant les autres dispositifs (AME humanitaire et personnes en garde à vue) :

- la DGCS est chargée de l'instruction des demandes d'AME humanitaire, d'évacuations sanitaires et de l'aide aux personnes en garde à vue. Elle délègue les crédits aux directions départementales ;
- les directions départementales chargées de la cohésion sociale transmettent les demandes et financent les professionnels de santé et les établissements de santé ;
- les autres acteurs sont les établissements et les professionnels de santé.

Bénéficiaires de l'AME

Les bénéficiaires de l'AME de droit commun sont 316 314 au 31 décembre 2015 pour la France entière dont 21 081 en outre-mer. La population des bénéficiaires de l'AME de droit commun est plutôt jeune, 41 % ayant moins de 30 ans. Les hommes représentent 57 % de l'effectif total.

En 2015, les prestations hospitalières ont représenté 66 % des dépenses d'AME de droit commun. Parmi les prestations de ville (34 %), les honoraires des médecins généralistes et spécialistes représentent 26 % des dépenses et les dépenses de médicaments 43 %.

Sur 106 CPAM ou caisses générales de sécurité sociale, dix seulement concentrent 65 % de la dépense. Ainsi, la CPAM de Paris finance 23 % de la dépense d'AME totale France entière, les caisses d'Île-de-France représentent 53 % de la dépense totale et celle de Cayenne 5 %.

Évolution du nombre d'usagers concernés par l'AME de droit commun (pour la France entière)

	Nombre de bénéficiaires de l'AME
Au 31/12/2002	154 015
Au 31/12/2003	180 415
Au 31/12/2004	154 971
Au 31/12/2005	189 284
Au 31/12/2006	202 396
Au 31/12/2007	194 615
Au 31/12/2008	202 503
Au 31/12/2009	215 763
Au 31/12/2010	228 036
Au 31/12/2011	208 974
Au 31/12/2012	252 437
Au 31/12/2013	282 425
Au 31/12/2014	294 298
Au 31/12/2015	316 314

Concernant les soins urgents, la mise en œuvre de la nouvelle tarification en 2015 a permis de diminuer le montant de la prise en charge par l'assurance maladie qui est passé de 105 M€ en 2014 à 89 M€ en 2015, la réforme n'ayant d'effet en 2015 que sur la moitié des séjours facturés environ, l'autre moitié relevant de 2014 étant facturée sur la base de l'ancienne tarification. La nouvelle tarification a permis également à l'Agence technique de l'information hospitalière de mesurer l'activité « soins urgents » pour la première fois : le nombre de séjours et séances pris en charge s'est ainsi élevé à 11 360 en 2015 pour les 239 établissements de santé concernés.

Actions conduites pour améliorer le pilotage et la mise en œuvre des dispositifs AME et soins urgents

Suite aux propositions du rapport conjoint de 2007 de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) sur l'AME, plusieurs dispositions ont été mises en œuvre afin d'améliorer la gestion du dispositif. Au-delà du renforcement du suivi et de la gestion de cette prestation, il s'agit notamment du titre sécurisé : ce titre, en papier sécurisé et filigrané, fait figurer les données administratives concernant le bénéficiaire âgé de plus de 16 ans et une photographie scannée de ce dernier. Ce titre d'admission sécurisé est remis aux bénéficiaires en mains propres.

En complément de mesures de rationalisation adoptées par le législateur (délégation donnée aux caisses d'assurance maladie pour ester en justice aux fins de récupération des indus, restriction du champ de prise en charge par l'AME des actes, produits et prestations, à ceux exclusivement destinés au traitement ou à la prévention d'une maladie), et conformément aux préconisations du rapport de la mission d'audit de l'AME, menée par les services de l'IGAS et de l'IGF en 2010, l'article 50 de la loi de finances rectificative pour 2011 a modifié le mode de tarification des séjours à l'hôpital public des bénéficiaires de l'AME afin de rapprocher la tarification des patients AME sur celle des assurés sociaux. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a étendu ce mode de tarification des établissements de santé à la prise en charge des soins urgents par l'assurance maladie.

Ainsi, alors que ces séjours étaient facturés en fonction du prix de journée propre à chaque hôpital (tarif journalier de prestation dit TJP), qui est dans la plupart des cas, comme l'a relevé le rapport IGAS-IGF, plus élevé que les tarifs issus de la tarification à l'activité, les séjours hospitaliers « AME » ou « soins urgents » font désormais l'objet d'une facturation alignée sur le droit commun (80 % sur la base des tarifs nationaux T2A et 20 % sur la base du TJP).

Cette évolution de la tarification des soins hospitaliers est sans effet sur l'accès aux soins de la population concernée.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses d'intervention	815 213 193	815 213 193
Transferts aux ménages	815 213 193	815 213 193
Total	815 213 193	815 213 193

Les crédits de l'action « Aide médicale de l'État » recouvrent des dépenses de transferts indirects aux ménages (catégorie 61).

Pour 2017, les crédits prévus au titre de l'AME s'élèvent à 815,2 M€, montant en progression de 10 % par rapport à la dotation initiale votée en LFI 2016. Ce montant se justifie comme suit :

1. AME de droit commun : 772,55 M€

Le principal poste de dépenses de l'action est l'AME dite « de droit commun ». Les crédits État permettent le remboursement des dépenses avancées par la CNAMTS pour les soins des bénéficiaires de cette prestation.

Pour 2017, la prévision de dépenses d'AME de droit commun s'élève à 772,55 M€. Elle correspond à l'évolution tendancielle de la dépense avec un effort de budgétisation de 76,2 M€ par rapport à 2016. Cette estimation retient les hypothèses suivantes :

- une évolution des effectifs moyens annuels des bénéficiaires de l'AME « consommateurs de soins », soit +4,9 % par an en 2016 et 2017, conformément à la dynamique observée sur les derniers exercices ;
- une diminution du coût moyen des dépenses de santé prises en charge prenant en compte les économies réalisées dans le cadre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2017, qui intègrent notamment les résultats de la lutte contre la fraude et des mesures visant à contenir les dépenses de médicaments.

2. Soins urgents : 40 M€

Le montant de la dotation dédiée aux soins urgents, stable depuis 2008, est maintenu à 40 M€. Cette dotation représente le deuxième poste de dépenses de l'action. Cette participation forfaitaire de l'État couvrirait 45 % de la dépense de soins à la charge de la CNAMTS en 2015 (89,4 M€), contre 38 % en 2014 (105,2 M€). En effet, la réforme de la tarification des séjours soins urgents a conduit à diminuer temporairement de 15 % le montant relatif pris en charge par l'assurance maladie en 2015. Des effets résiduels de la réforme pourraient encore apparaître en 2017, sans pour autant que le tendancier de croissance de la dépense ne soit réduit au vu de l'évolution de nombre de séances et séjours pris en charge dans ce cadre.

3. Autres dispositifs AME : 2,65 M€

Le montant des crédits prévus pour 2017 au titre de ce dernier poste de dépenses d'AME est de 2,65 M€, montant stable par rapport aux dernières dépenses connues de 2015.

ACTION N° 03

1,0 %

Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FDC et ADP attendus
Autorisations d'engagement		8 000 000	8 000 000	
Crédits de paiement		8 000 000	8 000 000	

Les personnes affiliées au régime général et aux régimes soumis à l'application du livre IV du code de la sécurité sociale bénéficient d'une couverture contre les accidents du travail et maladies professionnelles, entièrement financée par les contributions des employeurs.

Cette législation ancienne (1898), qui fut la première législation en matière de protection sociale, permet aux victimes de maladies professionnelles ou d'accidents du travail d'obtenir une indemnisation forfaitaire de leurs préjudices. Ce compromis historique est la pierre angulaire d'un dispositif d'indemnisation qui se veut essentiellement non contentieux et dérogoratoire au droit commun, posant le principe de l'immunité civile de l'employeur, par un régime de responsabilité sans faute. La réparation dite forfaitaire n'assure donc pas la réparation de tous les préjudices.

Les études scientifiques et notamment le rapport INSERM de 1996 ont mis en évidence la nocivité de l'amiante et l'ampleur de la catastrophe sanitaire liée à son utilisation massive. C'est dans ce contexte que l'utilisation de l'amiante a été interdite à partir du 1^{er} janvier 1997 et qu'a été créé le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), établissement public administratif (article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001).

Ce fonds est chargé d'assurer la réparation des préjudices subis par les victimes de l'amiante. Aussi apparaît-il comme un organisme d'indemnisation complémentaire pour les victimes reconnues atteintes d'une maladie professionnelle, et comme l'unique organisme d'indemnisation pour les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture contre les risques accidents du travail et maladies professionnelles, notamment les personnes atteintes de pathologies causées par l'amiante du fait de leur exposition à un titre autre que professionnel (familial, domestique ou environnemental).

Acteurs du dispositif

Les indemnisations sont versées par le FIVA.

Le dispositif d'indemnisation des victimes de l'amiante mis en place par le FIVA a adressé, depuis sa création, 182 348 offres d'indemnisation. Les dépenses d'indemnisation cumulées depuis 2002 atteignent un total de 4,9 Md€ au 31 décembre 2015.

Ressources du FIVA

Les ressources du FIVA sont constituées pour l'essentiel d'une dotation de la branche AT-MP, et subsidiairement d'une dotation de l'État, qui correspond à la participation de l'État au titre de la solidarité nationale à l'égard des victimes non-professionnelles (environnementales, familiales...). Par ailleurs, L'État, en tant qu'employeur, contribue au-delà de cette dotation en remboursant au FIVA les sommes engagées par celui-ci, notamment le ministère de la défense. En 2015, la dotation de la branche AT-MP s'est établie à 380 M€, avec un montant de charges de 522,5 M€, conduisant à un résultat annuel de -16 M€, et à un fonds de roulement de 84,7 M€.

Gouvernance et pilotage stratégique

Le rôle dévolu au conseil est majeur en matière de politique d'indemnisation. Les décisions d'indemnisation peuvent en effet faire l'objet de contestation devant les cours d'appel et les montants fixés sont mis à la charge du FIVA.

Le fonds est administré par un conseil d'administration composé de 22 membres, outre le président – magistrat – siègent 5 représentants de l'État, 8 représentants des organisations patronales (3 membres) et syndicales (5 membres), 4 membres des organisations nationales d'aide aux victimes de l'amiante, quatre personnalités qualifiées dans les domaines de compétence du fonds.

Le conseil d'administration a notamment pour rôle de définir la politique d'indemnisation du fonds en fixant les orientations relatives aux procédures, aux conditions de reconnaissance de l'exposition à l'amiante, d'indemnisation et de versement des provisions aux victimes et aux conditions d'action en justice du fonds. Il adopte également le budget du fonds.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses d'intervention	8 000 000	8 000 000
Transferts aux ménages	8 000 000	8 000 000
Total	8 000 000	8 000 000

Tableau des charges et des produits du FIVA de 2014 à 2017 :

En millions d'euros	2014	2015	2016 (P)	2017 (P)
Charges	520,5	521,7	513,7	513,8
Dépenses d'indemnisations	429,0	440,3	435,4	442,3
Provisions	82,5	72,6	62,0	62,0
Charges exceptionnelles	0,0	0,1	7,3	0,0
Autres charges	9,0	8,7	9,0	9,5
Produits	547,1	505,7	542,5	499,6
Dotation branche AT/MP	435,0	380,0	430,0	400,0
Dotation État	0,0	9,2	12,3	7,4
Reprises sur provisions	79,1	79,9	70,0	62,0
Autres	33,0	36,6	30,2	30,0
Résultat	26,7	-16,1	28,8	-14,2
Investissement	0,8	0,8	0,6	0,6
Variation de Fonds de roulement	29,3	-24,1	20,2	-14,8
Fonds de roulement	108,9	84,8	105,0	90,2

Pour l'année 2016, le montant total des dépenses est estimé à 513,7 M€. Les produits du FIVA augmenteraient de 7 % en 2016 et s'établiraient à 542,5 M€. Le résultat de l'exercice 2016 serait ainsi positif (+28,8 M€).

Pour 2017, les dépenses du FIVA devraient également s'élever à 513,8 M€ tandis que ses produits, notamment constitués d'une dotation de la branche AT-MP de 400 M€, et d'une dotation de l'État de 7,4 M€ (crédits inscrits en PLF, minorés de la réserve de précaution), atteindraient 499,6 M€.

Pour mémoire, depuis 2010, dans un souci de bonne gestion de la trésorerie de la sécurité sociale, le FIVA n'appelle auprès de la CNAMTS et de l'ACOSS que la trésorerie nécessaire à la couverture de ses besoins réels. Le FIVA ne place donc plus ses disponibilités sur des périodes longues comme antérieurement.

Evolution des dépenses

L'évolution des dépenses est étroitement corrélée au nombre d'offres et à la mise en œuvre du barème voté par le conseil, selon le principe de la réparation intégrale pour les victimes et pour leurs ayants droit (dont la notion retenue par le conseil est large).

Les contentieux sont aussi des éléments non maîtrisables d'évolution des dépenses. Les contestations des offres du FIVA aboutissent dans certaines juridictions à une majoration des offres présentées. Des cours ont leur propre barème et une nomenclature des préjudices différente de celle du FIVA.

Les prévisions de dépenses du FIVA pour 2017 s'élèvent à 513,8 M€ et reposent sur les tendances suivantes :

- La demande globale reste dynamique. Le nombre de nouvelles demandes de victimes directes se situerait à près de 7 000 en 2016 et en 2017. Le nombre de nouvelles demandes d'ayants droit passerait de 14 000 en 2016 à 14 750 en 2017, correspondant à une hausse de 750 demandes chaque année à compter de 2015. Le pic du nombre des demandes ne serait à ce jour toujours pas atteint ;
- Le coût moyen des dossiers de nouvelles victimes serait stable en 2016 et 2017 (environ 46 000€) ;
- Le coût moyen des dossiers d'ayant droit serait également stable sur ces deux années (environ 11 500 €).

Evolution des recettes

Compte tenu des prévisions actualisées de dépenses, la dotation de la branche AT-MP passerait de 430 M€ en 2016 à 400 M€ en 2017 tandis que la dotation de l'État passerait de 13,4 M€ à 8 M€ en PLF.

Il convient de rappeler que la dotation de l'État en 2016 comprenait une dotation exceptionnelle de 3,4 M€ correspondant à la prise en charge par l'État des remises gracieuses permettant d'apurer la situation financière des victimes et ayants droits ayant perçu, du fait de l'exécution par le FIVA de décisions juridictionnelles non définitives, des indemnités pour un montant supérieur à celui effectivement dû par le FIVA au terme de la procédure contentieuse (art. 171 de la loi de finances pour 2016). Par ailleurs, L'État, en tant qu'employeur, contribue par ailleurs au-delà de cette dotation, en remboursant au FIVA les sommes engagées par celui-ci, notamment le ministère de la défense.

Les autres recettes sont constituées des dommages-intérêts versés dans le cadre des actions engagées par le FIVA au titre de la faute inexcusable de l'employeur, de reprises sur provisions ainsi que de produits financiers.

Fonds de roulement

Le niveau du fonds de roulement (FDR) s'est établi, en 2015, à 84,8 M€. Compte tenu notamment d'une révision à la baisse de la prévision du montant des dépenses d'indemnisation en 2016, le FDR pourrait atteindre en 2016 un niveau proche de celui déjà atteint en 2014 (105 M€). La baisse de près de 30 M€ de la dotation de la branche AT-MP en 2017 devrait permettre de porter le niveau du fonds de roulement à 90,2 M€.