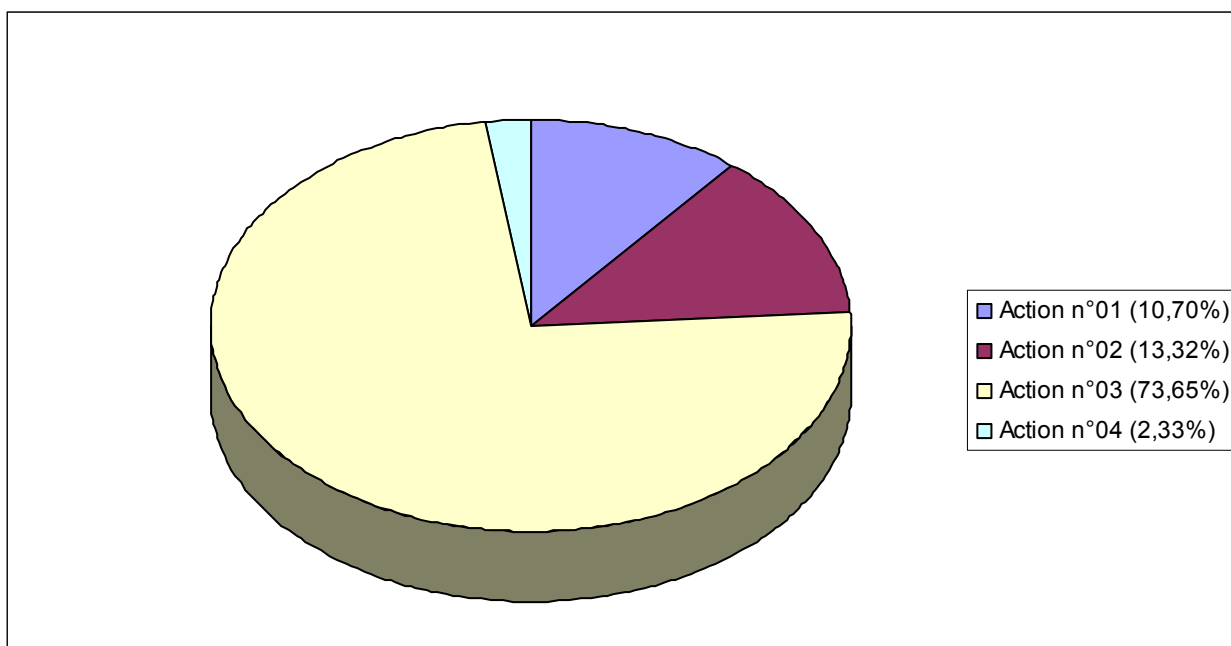


Projet annuel de performances : Présentation du programme, des actions, des objectifs et des indicateurs

Présentation par action des crédits demandés pour 2006

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

Répartition par action des autorisations d'engagement demandées pour 2006



Présentation du programme

• Finalités générales du programme

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

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

• Environnement dans lequel s'inscrit le programme

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

• Acteurs et pilotage du programme

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

• Modalités de gestion du programme

Le programme, se décompose en :

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

• Opérateurs

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

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

• Politique réglementaire

La politique réglementaire est structurée par :

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

• Structuration en actions

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

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

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

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

Présentation des actions



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

• Les finalités propres de l'action

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

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

• Les partenaires et les opérateurs

En ne citant que les principaux :

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

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

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

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

- les agences régionales d'hospitalisation (ARH) ;

- les collectivités territoriales ;

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

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

• Présentation du contenu de l'action

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

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

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

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

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

3. Observation, programmation, suivi et évaluation des programmes

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

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

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

4. Politique des produits de santé

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

5. Autres actions dont santé précarité

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



Action n° 02 : Déterminants de santé

• Les finalités propres de l'action.

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

• Présentation des partenaires et opérateurs.

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

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

• La politique réglementaire et fiscale

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

• Présentation du contenu de l'action

Les déterminants de santé sont au nombre de six.

1. Alcool

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

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

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

2. Tabac

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

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

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

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

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

4. Autres pratiques à risques

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

5. Nutrition et activité physique

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

6. Environnement dont travail

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

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

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

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

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



Action n° 03 : Pathologies à forte morbidité/mortalité

• Les finalités propres de l'action

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

• L'évolution du périmètre de l'action

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

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

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

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

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

• Les partenaires et opérateurs.

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

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

• Présentation du contenu de l'action

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

1. Le VIH / Sida

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

2. Les hépatites

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

3. Les autres maladies infectieuses

Cette sous action vise notamment à subventionner :

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

4. Le cancer

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

5. Les maladies cardiovasculaires

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

6. Les maladies rares

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

7. Les autres pathologies non infectieuses

La sous-action vise notamment à soutenir le dépistage :

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

8. Santé mentale dont suicide

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

9. Santé bucco-dentaire

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



Action n° 04 : Qualité de la vie et handicaps

• Les finalités propres de l'action

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

• La politique réglementaire et fiscale

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

• Présentation du contenu de l'action

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

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

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

La stratégie d'action doit viser à :

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

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

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

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

3. Le diabète et les maladies endocriniennes

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

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

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

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

5. Les affections musculo-squelettiques

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

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

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

7. La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées

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

8. Les maladies liées au vieillissement

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

9. Les douleurs et les soins palliatifs

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

• Objectif lié

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

Objectifs et indicateurs

Introduction - Présentation stratégique :

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

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

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

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

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

Précisions méthodologiques :

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

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

Source des données : Direction Générale de la Santé.

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

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

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

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

Précisions méthodologiques :

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

Source des données : Direction générale de la santé

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

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

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

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

Source des données : Direction Générale de la Santé

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

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

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

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

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

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

La stratégie d'action retenue consiste à :

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

Précisions méthodologiques :

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

Source des données : INSERM, Direction Générale de la Santé

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

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

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

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

Précisions méthodologiques :

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

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

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

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

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

Précisions méthodologiques :

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

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

Source des données : INPES

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

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

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

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

Précisions méthodologiques :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Précisions méthodologiques :

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

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

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

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

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

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

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

Précisions méthodologiques :

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

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

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

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

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

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

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

Précisions méthodologiques :

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

Source des données : InVS.

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

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

Précisions méthodologiques :

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

Source des données : INPES (baromètre santé).

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

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

Précisions méthodologiques :

Données 2003 :

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

Données 2004 :

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

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

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

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

Source des données : INPES (baromètre santé).

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

Les objectifs sont :

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

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

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

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

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

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

Précisions méthodologiques :

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

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

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

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

Précisions méthodologiques :

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

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

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

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

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

Précisions méthodologiques :

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

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

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

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

Précisions méthodologiques :

Cet indicateur est en construction.

Source des données : en construction.

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

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

Précisions méthodologiques :

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

Source des données : A définir avec l'InCA.