

**PLF 2016 - EXTRAIT DU BLEU BUDGÉTAIRE DE LA MISSION :  
SANTÉ**

---

Version du 06/10/2015 à 10:44:30

PROGRAMME 204 :  
PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS

---

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

## TABLE DES MATIÈRES

---

### Programme 204 : Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Présentation stratégique du projet annuel de performances	3
Objectifs et indicateurs de performance	6
Présentation des crédits et des dépenses fiscales	12
Justification au premier euro	19
Opérateurs	49

## 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 poursuivie en 2016 en termes de prévention, de sécurité sanitaire et d'offre de soins s'inscrit en cohérence avec le projet de loi de modernisation du système de santé, présenté dès septembre 2013 par le Gouvernement et approuvé en première lecture par l'Assemblée nationale en avril 2015 à l'issue de très nombreux débats.

Ce projet de refondation du système de santé est articulé 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.

Ces priorités recouvrent largement les axes principaux du programme 204 qui sont :

1. Piloter le réseau des agences sanitaires, encadrer et animer celui des agences régionales de santé (ARS) ;
2. Déployer des stratégies et des politiques de santé publique fondées sur les connaissances scientifiques disponibles ;
3. Réduire au minimum la vulnérabilité de la population face à des événements sanitaires graves menaçant la collectivité ;
4. Moderniser l'offre de soins et garantir sa qualité ;

### **1. Pilotage des agences régionales de santé et des agences sanitaires**

Afin de répondre au mieux aux besoins de nos concitoyens, il est essentiel d'impliquer l'ensemble des acteurs pour fixer les priorités et les choix nécessaires à l'amélioration de notre système de santé.

Les agences régionales de santé (ARS) participent à cette nouvelle organisation et unifient le service public de santé en assurant :

- le pilotage de la santé publique ;
- la régulation de l'offre de santé dans les secteurs ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux.

Pour assurer ces missions, les ARS s'appuient sur quatre objectifs :

- contribuer à réduire les inégalités territoriales en santé ;
- assurer un meilleur accès aux soins ;
- organiser les parcours de soins en fonction des patients ;
- assurer une meilleure efficacité des dépenses de santé.

Les projets régionaux de santé (PRS) ont développé un pilotage stratégique unifié de la politique de santé, tout en redéfinissant les objectifs et les priorités de santé par une approche décloisonnée de l'organisation régionale (schéma de prévention, schéma de soins, schéma ambulatoire) pour mieux organiser les parcours et maîtriser les dépenses de santé.

La réorganisation des agences sanitaires a été initiée pour gagner en efficacité, en réactivité et rendre plus cohérentes et plus lisibles leurs missions pour les professionnels de santé et le grand public. Cette rationalisation permet ainsi de renforcer l'efficacité de l'État dans la définition et la mise en œuvre de ses politiques.

La création d'une agence nationale de santé publique reprenant les missions actuellement assurées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences (EPRUS) a pour objectif de mener des missions de santé publique sur la base d'un large éventail de compétences et d'un continuum depuis la production de connaissances jusqu'à l'action, en disposant d'une taille critique suffisante pour consolider le système national de veille et de surveillance. Il s'agit de renforcer l'expertise en matière de santé publique.

Dans cette perspective, le pilotage stratégique des agences nationales sanitaires sera renforcé avec la modernisation du comité stratégique d'animation du système d'agences, qui aura comme objectifs principaux de coordonner les stratégies communes à ces agences (produits de santé, international, recherche,...) et la mise en œuvre des politiques de sécurité sanitaire, en lien avec l'ensemble des autres acteurs concernés (ARS, Assurance maladie, autres ministères et opérateurs,...).

## **2. Déploiement des politiques et des plans de santé publique fondés sur la recherche et les connaissances scientifiques disponibles**

La prévention reste l'un des socles de notre politique de santé. Dans ce cadre, une priorité sera donnée à la jeunesse (dans le cadre d'un parcours éducatif en santé) et au soutien aux plus fragiles, afin d'agir le plus tôt possible sur les facteurs générant des inégalités dans le domaine de la santé.

Pour prévenir les risques pour la santé des plus jeunes, l'action publique sera mobilisée sur les trois facteurs suivants : la mauvaise alimentation (qui génère notamment du diabète et de l'obésité), le tabagisme (le tabac restant la première cause de cancer et de mortalité évitable) nécessitant l'adoption de mesures spécifiques dans le cadre du Plan national de réduction du tabagisme (PNRT), et l'ivresse, notamment les activités d'alcoolisation expresse (« binge drinking »).

La lutte contre l'anti-biorésistance, qui est un enjeu majeur de santé publique, sera également renforcée avec la poursuite du plan national d'alerte sur les antibiotiques (2011-2016).

Le plan Cancer III (2014- 2019) montre la volonté du gouvernement de maintenir les actions de lutte contre ces maladies par des mesures concrètes (diagnostics précoces, accompagnement des innovations thérapeutiques et évolutions technologiques) tout en renforçant les mesures de prévention et de dépistage précoce afin de réduire la mortalité due aux cancers.

De même, le plan maladies neuro-dégénératives (2014-2019) constitue un défi pour le système de santé afin de soigner et d'accompagner les patients tout au long de leur parcours de santé sur l'ensemble du territoire national mais aussi afin de développer la recherche dans ces domaines de pathologies.

## **3. Poursuite des politiques de sécurité sanitaire**

Le champ des déclarations des infections et événements indésirables graves associés aux soins sera étendu quel qu'en soit le secteur : ville, médico-social et établissements de santé, en incluant notamment les actes à visée esthétique, qui ne sont pas considérés comme des actes thérapeutiques.

Le système de vigilances sanitaires sera renforcé avec notamment la création d'un portail commun de déclaration ou de signalements d'événements indésirables pour faciliter et promouvoir ces déclarations, la mise en place d'une stratégie de promotion de la déclaration, le renforcement du rôle des ARS comme pilotes de la veille et de la sécurité sanitaire sur leur territoire pour coordonner l'action des structures de vigilances sanitaires et d'appui organisées en réseaux régionaux de vigilance et d'appui (RREVA), la mise en œuvre de la réforme territoriale en garantissant la couverture de l'ensemble des territoires et le renforcement du pilotage global au niveau national (avec notamment la création d'un comité de direction des vigilances et de la sécurité sanitaire, l'optimisation de la répartition des vigilances entre agences sanitaires et la préparation d'un schéma directeur des systèmes d'information en veille et sécurité sanitaire).

#### 4. Modernisation de l'offre de soins

Le projet de loi de modernisation du système de santé prévoit des restructurations profondes de l'offre de soins, tant dans le domaine hospitalier qu'ambulatoire.

Il apparaît, dès lors, indispensable de les accompagner en s'appuyant sur l'expertise développée tant par l'administration que par les professionnels de santé eux-mêmes, afin que l'offre de soins soit toujours plus accessible et dispensée dans des conditions correspondant au dernier état de l'art, tout en facilitant la collaboration entre prestataires de soins.

C'est dans cet esprit que des mesures seront prises, tout en tenant compte des spécificités des Outre-mer, et de Wallis-et-Futuna en particulier, en matière d'amélioration de la performance de l'offre de soins. Une attention particulière sera ainsi prêtée à leurs préoccupations, afin que les outils de modernisation de l'offre soient adaptés aux besoins des populations ultra-marines (suivi des projets d'investissements et des politiques de santé).

### RÉCAPITULATION DES OBJECTIFS ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

<b>OBJECTIF 1</b>	<b>Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé</b>
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 adulte (18 ans à 75 ans)
<b>OBJECTIF 2</b>	<b>Prévenir et maîtriser les risques sanitaires</b>
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 / Nombre total de signaux
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

La démarche de rationalisation des objectifs et indicateurs, entamée avec le PLF 2015, se poursuit pour 2016. Le projet de loi de modernisation du système de santé approuvé en avril 2015 en première lecture à l'Assemblée Nationale a permis l'aboutissement d'un travail de mise en cohérence des objectifs assignés aux acteurs chargés de la mise en œuvre de la loi de santé et des indicateurs associés, notamment par le biais du projet annuel de performances, du programme qualité-efficience de la sécurité sociale et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des opérateurs.

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 pour la nouvelle maquette.

Pour 2016, un nouvel indicateur « État de santé perçue » au niveau de la mission a été intégré. Il fait le lien avec la présentation stratégique de la mission, laquelle présente les enjeux pluriannuels et les grandes politiques publiques financées. En effet cet indicateur est représentatif de la politique de prévention de la mission.

La refonte participe de la volonté de rationaliser les indicateurs et d'avoir une maquette la plus représentative possible, en cohérence avec les recommandations de la Cour des comptes.

Ainsi, 5 indicateurs du PAP 2015 ont été supprimés («proportion de découvertes de séropositivité diagnostiquées à un stade SIDA », « taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans », « Consommation annuelle d'alcool par habitant de plus de 15 ans », «nombre de donneurs décédés et prélevés/ nombre annuel de donneurs décédés à l'hôpital et recensés dans Cristal action», «pourcentage des étudiants en médecine s'orientant vers la médecine générale de premier recours») en raison de modifications du périmètre du programme ou de difficultés méthodologiques liées notamment au recueil des données.

Un indicateur est modifié : le taux de prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes est remplacé par le taux de prévalence du tabagisme chez les adultes car seul ce dernier indicateur est disponible à une fréquence annuelle.

Deux nouveaux indicateurs sont introduits, car ils traduisent davantage les priorités de Gouvernement en matière de santé publique :

- le taux de couverture vaccinale contre la grippe pour les personnes de 65 ans et plus ;
- le taux de participation au dépistage organisé du cancer colo-rectal pour les personnes de 50 à 74 ans.

### OBJECTIF N° 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

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2013 Réalisation	2014 Réalisation	2015 Prévision PAP 2015	2015 Prévision actualisée	2016 Prévision	2017 Cible
Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus	%	53.1	51.9		48.5	50	75

**Précisions méthodologiques**

Les données de l'indicateur sont fournies par la CNAMTS ; ils 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.

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

Renforcer le réflexe de vaccination suppose d'améliorer l'information sur la grippe et le vaccin, sensibiliser les populations cibles, faciliter l'accès au vaccin et simplifier 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	2013 Réalisation	2014 Réalisation	2015 Prévision PAP 2015	2015 Prévision actualisée	2016 Prévision	2017 Cible
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 ans à 74 ans	%	31	29.8		25	35	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'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 :

InVS pour le traitement, à partir de la liste établie 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 :

$$\frac{\text{Nombre de personnes ayant réalisé un test de dépistage sur la période 2013-2014/}}{\text{Population moyenne éligible (Insee de 50 à 74 ans) sur la période 2013-2014}}$$

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 2013 et 2014, 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 des deux années civiles (2013 et 2014). 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 2014 est de 29,8% (un peu moins de 5 millions de tests de dépistage réalisés), en stagnation ou en légère baisse depuis plusieurs années et très en deçà du taux européen minimum acceptable (45 %), et encore plus éloigné de l'objectif européen de 65 %. Depuis 2013, on constate une diminution continue des dépistages qui contraste avec l'objectif d'atteindre 40 % chez les 50-74 ans en 2017.

C'est pourquoi la migration du test au Gaïac vers un test immunologique de détection du sang dans les selles, plus facile à réaliser (un seul prélèvement de selles au lieu de six) et lu automatiquement par un seul laboratoire d'analyses bio-médicales (deux chaînes de lectures séparées), est mis en place en 2015. Cependant, la montée en charge progressive de ce programme va se traduire en 2015 par une diminution probable de la participation, toutes les personnes éligibles étant toutefois invitées sur la durée de la campagne (2 ans). Ce n'est qu'à compter de 2016 qu'un effet de ce nouveau test sur le taux de participation est escompté.

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

### INDICATEUR 1.3

#### Prévalence du tabagisme quotidien en population adulte (18 ans à 75 ans)

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2013 Réalisation	2014 Réalisation	2015 Prévision PAP 2015	2015 Prévision actualisée	2016 Prévision	2017 Cible
Prévalence du tabagisme quotidien en population adulte (18 ans à 75 ans)	%	NC	29		28.5	28	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'Inpes ou dans le cadre de la future Agence de santé publique (par exemple dans le Baromètre santé 2016 « Maladies infectieuses et santé sexuelle »). Pour les années intermédiaires, dans un souci de rationalisation des coûts et des moyens, l'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). Dans le cas où aucune enquête aléatoire ne serait menée, l'Inpes 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.

Source des données : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

## JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

En 2014, on observe une très légère diminution de la prévalence du tabagisme quotidien par rapport à 2010, essentiellement imputable aux femmes. Les prévisions et 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 programme national de réduction du tabagisme 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

#### 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'usager)

	Unité	2013 Réalisation	2014 Réalisation	2015 Prévision PAP 2015	2015 Prévision actualisée	2016 Prévision	2017 Cible
Pourcentage d'unités de distribution d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité pour les paramètres biologiques	%	14.4	14.9	14,5	14.5	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. La notion d'unité de distribution (UDI) désigne le réseau ou la partie du réseau physique de distribution qui délivre une eau de qualité homogène et alimente habitations et immeubles. Tous les abonnés raccordés au réseau public d'eau potable sont ainsi associés à une UDI. Les données concernent 64,1 millions de personnes alimentées par 25 329 UDI.

L'indicateur ainsi défini 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.

Le fait de prendre en considération les limites de qualité microbiologiques se justifie pour les raisons suivantes :

- 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, divisé par le nombre total d'unités de distribution d'eau potable en France

## JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

L'indicateur actuel a été défini en cohérence avec l'indicateur "eau" du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) des agences régionales de santé (ARS). Le CPOM des ARS évolue en 2015 et l'indicateur "eau" se trouvera sensiblement modifié car il couvre désormais toutes les unités de distribution et non plus seulement les unités de distribution de plus de 5 000 habitants. Outre une meilleure représentativité, cette évolution se justifie par le fait que les problèmes de qualité d'eau se concentrent désormais majoritairement dans les petites unités de distribution. Ne prendre en compte que les grandes unités de distribution ne permettrait pas d'obtenir une vision globale de la qualité de l'eau du robinet en France.

Les cibles 2016 et 2017 ont été établies 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 / Nombre total de signaux

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2013 Réalisation	2014 Réalisation	2015 Prévision PAP 2015	2015 Prévision actualisée	2016 Prévision	2017 Cible
Pourcentage de signalements traités en 1h / Nombre total de signaux	%	ND	83	85	90	95	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 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. Pour 2014, l'écart s'explique par le fait qu'un quart des signalements reçus 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 90 % en 2015 à 97 % en 2017.

Le suivi de cet indicateur et la cible fixée à 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 du département des urgences sanitaires (DUS) de la Direction générale de la santé.

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 Direction générale de la santé, et plus particulièrement le département des urgences sanitaires, s'est lancée dans une démarche ambitieuse 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	2013 Réalisation	2014 Réalisation	2015 Prévision PAP 2015	2015 Prévision actualisée	2016 Prévision	2017 Cible
ANSM : Délai moyen AMM nationale	nombre de jours	169	177	ND	160	150	120
ANSM : Délai moyen AMM reconnaissance mutuelle et décentralisée	nombre de jours	332	389	ND	370	350	300

#### 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 entrepris depuis quelques années un chantier majeur visant à formaliser, optimiser et simplifier ses principaux processus en modernisant ses outils informatiques de gestion des autorisations de mise sur le marché (AMM).

L'ANSM est par ailleurs dans une phase de montée en puissance de sa nouvelle organisation. Dans ce contexte, la cible est réévaluée tout en sachant que cet indicateur sera potentiellement revu.

En effet, cet indicateur n'a pas été repris sous la forme dans le contrat d'objectifs et de performance 2015-2018 signé le 17 juillet 2015 entre l'État et l'ANSM. Néanmoins, si cet indicateur tel que défini actuellement n'a pas été repris tel quel dans le cadre du nouveau COP, il y figure sous l'objectif d'évolution de « l'écart entre le délai moyen et le délai réglementaire » et sur un périmètre identique. Cependant, cet indicateur tel que mesuré actuellement ne répond plus aux objectifs de performance élaborés au sein du COP de l'ANSM. Il conviendrait donc d'en retenir un autre afin de l'y substituer.

L'ANSM s'engage à mettre en place les référentiels d'instruction et de rédaction des rapports d'évaluation relatifs aux AMM en procédure centralisée, tout en veillant à respecter les délais réglementaires en vigueur dans l'objectif de renforcer la place de la France au niveau européen. Cette action concerne non seulement les rapports d'évaluation d'AMM initiales, mais aussi les procédures annexées à ces AMM.

## PRÉSENTATION DES CRÉDITS ET DES DÉPENSES FISCALES

## 2016 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS DEMANDÉS

## 2016 / AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Numéro et intitulé de l'action / sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total pour 2016	FDC et ADP attendus en 2016
11 – Pilotage de la politique de santé publique	74 048 613	17 403 019	<b>91 451 632</b>	
12 – Accès à la santé et éducation à la santé	23 791 200	812 105	<b>24 603 305</b>	
13 – Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins	720 000	6 165 700	<b>6 885 700</b>	
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	49 696 658	4 655 138	<b>54 351 796</b>	
15 – Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	15 003 320	4 204 867	<b>19 208 187</b>	
16 – Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires	11 249 420	50 777	<b>11 300 197</b>	
17 – Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain	131 388 290	3 240 000	<b>134 628 290</b>	
18 – Projets régionaux de santé		124 543 886	<b>124 543 886</b>	18 000 000
19 – Modernisation de l'offre de soins	1 532 500	33 150 000	<b>34 682 500</b>	
Total	<b>307 430 001</b>	<b>194 225 492</b>	<b>501 655 493</b>	<b>18 000 000</b>

## 2016 / CRÉDITS DE PAIEMENT

Numéro et intitulé de l'action / sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total pour 2016	FDC et ADP attendus en 2016
11 – Pilotage de la politique de santé publique	74 048 613	17 403 019	<b>91 451 632</b>	
12 – Accès à la santé et éducation à la santé	23 791 200	812 105	<b>24 603 305</b>	
13 – Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins	720 000	6 165 700	<b>6 885 700</b>	
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	49 696 658	4 655 138	<b>54 351 796</b>	
15 – Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	15 003 320	4 204 867	<b>19 208 187</b>	
16 – Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires	11 249 420	50 777	<b>11 300 197</b>	
17 – Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain	131 388 290	3 240 000	<b>134 628 290</b>	
18 – Projets régionaux de santé		124 543 886	<b>124 543 886</b>	18 000 000
19 – Modernisation de l'offre de soins	1 532 500	34 450 000	<b>35 982 500</b>	
<b>Total</b>	<b>307 430 001</b>	<b>195 525 492</b>	<b>502 955 493</b>	<b>18 000 000</b>

**Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins**

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

## 2015 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS VOTÉS (LOI DE FINANCES INITIALE)

## 2015 / AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Numéro et intitulé de l'action / sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total pour 2015	Prévisions FDC et ADP 2015
11 – Pilotage de la politique de santé publique	80 810 576	10 501 500	<b>91 312 076</b>	
12 – Accès à la santé et éducation à la santé	24 000 000	1 844 900	<b>25 844 900</b>	
13 – Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins	1 380 000	6 590 984	<b>7 970 984</b>	
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	56 400 000	6 262 340	<b>62 662 340</b>	
15 – Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	14 977 866	3 233 400	<b>18 211 266</b>	
16 – Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires	11 458 045	103 000	<b>11 561 045</b>	
17 – Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain	135 145 075	3 477 000	<b>138 622 075</b>	
18 – Projets régionaux de santé		124 235 758	<b>124 235 758</b>	
19 – Modernisation de l'offre de soins	1 500 000	33 150 000	<b>34 650 000</b>	
<b>Total</b>	<b>325 671 562</b>	<b>189 398 882</b>	<b>515 070 444</b>	

## 2015 / CRÉDITS DE PAIEMENT

Numéro et intitulé de l'action / sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total pour 2015	Prévisions FDC et ADP 2015
11 – Pilotage de la politique de santé publique	80 810 576	10 501 500	<b>91 312 076</b>	
12 – Accès à la santé et éducation à la santé	24 000 000	1 844 900	<b>25 844 900</b>	
13 – Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins	1 380 000	6 590 984	<b>7 970 984</b>	
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	56 400 000	6 262 340	<b>62 662 340</b>	
15 – Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	14 977 866	3 233 400	<b>18 211 266</b>	
16 – Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires	11 458 045	103 000	<b>11 561 045</b>	
17 – Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain	135 145 075	3 477 000	<b>138 622 075</b>	
18 – Projets régionaux de santé		124 235 758	<b>124 235 758</b>	
19 – Modernisation de l'offre de soins	1 500 000	33 150 000	<b>34 650 000</b>	
<b>Total</b>	<b>325 671 562</b>	<b>189 398 882</b>	<b>515 070 444</b>	

## 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 2015	Demandées pour 2016	Ouverts en LFI pour 2015	Demandés pour 2016
<b>Titre 3 – Dépenses de fonctionnement</b>	325 671 562	307 430 001	325 671 562	307 430 001
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	24 671 562	15 803 808	24 671 562	15 803 808
Subventions pour charges de service public	301 000 000	291 626 193	301 000 000	291 626 193
<b>Titre 6 – Dépenses d'intervention</b>	189 398 882	194 225 492	189 398 882	195 525 492
Transferts aux ménages	1 900 000	4 200 000	1 900 000	4 200 000
Transferts aux autres collectivités	187 498 882	190 025 492	187 498 882	191 325 492
<b>Total hors FDC et ADP prévus</b>	<b>515 070 444</b>	<b>501 655 493</b>	<b>515 070 444</b>	<b>502 955 493</b>
FDC et ADP prévus		18 000 000		18 000 000
<b>Total y.c. FDC et ADP prévus</b>	<b>515 070 444</b>	<b>519 655 493</b>	<b>515 070 444</b>	<b>520 955 493</b>



DÉPENSES FISCALES<sup>1</sup>

## 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 2016 ont été réalisés sur la base des seules mesures votées avant le dépôt du projet de loi de finances pour 2016. L'impact des dispositions fiscales de ce dernier sur les recettes 2016 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		Chiffrage pour 2014	Chiffrage pour 2015	Chiffrage pour 2016
730303	<p><b>Taux de 2,10 % applicable aux médicaments remboursables ou soumis à autorisation temporaire d'utilisation et aux produits sanguins</b></p> <p>Taxe sur la valeur ajoutée</p> <p>Objectif : Proposer des médicaments à faibles coûts</p> <p>Bénéficiaires 2014 : 24 000 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</p>	2 465	2 475	2 460
120204	<p><b>Exonération des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies "longues et coûteuses"</b></p> <p>Impôt sur le revenu</p> <p>Objectif : Aider les personnes en longue-maladie indemnisées par la sécurité sociale</p> <p>Bénéficiaires 2014 : (nombre non déterminé) ménages - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Bonne - Création : 1978 - Dernière modification : 1996 - Fin d'incidence budgétaire : dépense fiscale non-bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non-bornée - CGI : 80 quinquièmes</p>	375	390	405
730208	<p><b>Taux de 10% pour les prestations de soins dispensées par les établissements thermaux autorisés</b></p> <p>Taxe sur la valeur ajoutée</p> <p>Objectif : Aider le secteur thermal</p> <p>Bénéficiaires 2014 : (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 quinquièmes</p>	27	27	27
160204	<p><b>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</b></p> <p>Impôt sur le revenu</p> <p>Objectif : Réduire les zones à faible densité médicale</p> <p>Bénéficiaires 2014 : 6 350 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</p>	18	18	18
160301	<p><b>Déduction forfaitaire au titre du groupe III déclarée par les médecins conventionnés</b></p> <p>Impôt sur le revenu</p> <p>Objectif : Inciter les médecins au conventionnement avec la sécurité sociale qui déclare les recettes des contribuables</p> <p>Bénéficiaires 2014 : (nombre non déterminé) entreprises - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Bonne - Création : 1963 - Dernière modification : 2000 - Fin d'incidence budgétaire : dépense fiscale non-bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non-bornée - CGI : DA : DB5G4431</p>	10	10	10

<sup>1</sup> 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 2014	Chiffrage pour 2015	Chiffrage pour 2016
230506	<b>Exonération des plus-values réalisées à l'occasion de la reconversion des débits de boissons</b> Impôt sur le revenu et impôt sur les sociétés <i>Objectif : Aider les débitants de boisson (reconversion)</i> <i>Bénéficiaires 2014 : (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 : 1993 - Fin d'incidence budgétaire : dépense fiscale non-bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non-bornée - CGI : 41 bis</i>	3	3	3
920101	<b>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</b> 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 2014 : (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
<b>Coût total des dépenses fiscales<sup>2</sup></b>		<b>2 898</b>	<b>2 923</b>	<b>2 923</b>

<sup>2</sup> 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 2015 ou 2014) ; 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		91 451 632	<b>91 451 632</b>		91 451 632	<b>91 451 632</b>
12 – Accès à la santé et éducation à la santé		24 603 305	<b>24 603 305</b>		24 603 305	<b>24 603 305</b>
13 – Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins		6 885 700	<b>6 885 700</b>		6 885 700	<b>6 885 700</b>
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades		54 351 796	<b>54 351 796</b>		54 351 796	<b>54 351 796</b>
15 – Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation		19 208 187	<b>19 208 187</b>		19 208 187	<b>19 208 187</b>
16 – Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires		11 300 197	<b>11 300 197</b>		11 300 197	<b>11 300 197</b>
17 – Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain		134 628 290	<b>134 628 290</b>		134 628 290	<b>134 628 290</b>
18 – Projets régionaux de santé		124 543 886	<b>124 543 886</b>		124 543 886	<b>124 543 886</b>
19 – Modernisation de l'offre de soins		34 682 500	<b>34 682 500</b>		35 982 500	<b>35 982 500</b>
Total		<b>501 655 493</b>	<b>501 655 493</b>		<b>502 955 493</b>	<b>502 955 493</b>

## SUBVENTIONS AUX OPÉRATEURS

(en milliers d'euros)

Opérateur	AE PLF 2016	CP PLF 2016
<b>ABM - Agence de biomédecine (P204)</b>	<b>14 072</b>	<b>14 072</b>
Subventions pour charges de service public	14 072	14 072
<b>ANSéS - Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (P206)</b>	<b>13 429</b>	<b>13 429</b>
Subventions pour charges de service public	13 429	13 429
<b>ANSM - Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (P204)</b>	<b>116 694</b>	<b>116 694</b>
Subventions pour charges de service public	116 694	116 694
<b>EHESP - Ecole des hautes études en santé publique (P204)</b>	<b>9 641</b>	<b>9 641</b>
Subventions pour charges de service public	9 641	9 641
<b>EPRUS - Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (P204)</b>	<b>10 599</b>	<b>10 599</b>
Subventions pour charges de service public	10 599	10 599
<b>INCa - Institut National du Cancer (P204)</b>	<b>47 747</b>	<b>47 747</b>
Subventions pour charges de service public	47 747	47 747
<b>INPES - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (P204)</b>	<b>23 791</b>	<b>23 791</b>
Subventions pour charges de service public	23 791	23 791

**Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins**

Programme n° 204 | JUSTIFICATION AU PREMIER EURO

(en milliers d'euros)

Opérateur	AE PLF 2016	CP PLF 2016
<b>InVS - Institut de veille sanitaire (P204)</b>	<b>55 652</b>	<b>55 652</b>
Subventions pour charges de service public	55 652	55 652
<b>Total</b>	<b>291 625</b>	<b>291 625</b>
Total des subventions pour charges de service public	291 625	291 625
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 31/12/2015

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2014 (RAP 2014)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2014 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2014	AE LFI 2015 + reports 2014 vers 2015 + prévision de FDC et ADP + décret n°2015-402 du 9 avril 2015 portant ouverture et annulation de crédits à titre d'avance + décret n°2015-639 du 9 juin 2015 portant annulation de crédits	CP LFI 2015 + reports 2014 vers 2015 + prévision de FDC et ADP + décret n°2015-402 du 9 avril 2015 portant ouverture et annulation de crédits à titre d'avance + décret n°2015-639 du 9 juin 2015 portant annulation de crédits	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2015
7 063 861		502 951 444	504 093 894	1 285 203

### ÉCHÉANCIER DES CP À OUVRIR

AE	CP 2016	CP 2017	CP 2018	CP au-delà de 2018
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2015	CP demandés sur AE antérieures à 2016 CP PLF / CP FDC et ADP	Estimation des CP 2017 sur AE antérieures à 2016	Estimation des CP 2018 sur AE antérieures à 2016	Estimation des CP au-delà de 2018 sur AE antérieures à 2016
1 285 203	2 381 596 0	203 607	0	0
AE nouvelles pour 2016 AE PLF / AEFDC et ADP	CP demandés sur AE nouvelles en 2016 CP PLF / CPFDC et ADP	Estimation des CP 2017 sur AE nouvelles en 2016	Estimation des CP 2018 sur AE nouvelles en 2016	Estimation des CP au-delà de 2018 sur AE nouvelles en 2016
501 655 493 18 000 000	500 573 897 18 000 000	1 081 596	0	0
<b>Totaux</b>	<b>520 955 493</b>	<b>1 285 203</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

### CLÉS D'OUVERTURE DES CRÉDITS DE PAIEMENTS SUR AE 2016

CP 2016 demandés sur AE nouvelles en 2016 / AE 2016	CP 2017 sur AE nouvelles en 2016 / AE 2016	CP 2018 sur AE nouvelles en 2016 / AE 2016	CP au-delà de 2018 sur AE nouvelles en 2016 / AE 2016
99,8 %	0,2 %	0 %	0 %

Le montant des CP à ouvrir sur des AE antérieures à 2016 est supérieur d'1,3 M€ au montant des restes à payer au 31 décembre 2015 car il est prévu une ouverture d'AE en fin de gestion 2015 au titre de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna.

## JUSTIFICATION PAR ACTION

**ACTION N° 11****18,2 %****Pilotage de la politique de santé publique**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FDC et ADP attendus en 2016
Autorisations d'engagement		91 451 632	<b>91 451 632</b>	
Crédits de paiement		91 451 632	<b>91 451 632</b>	

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé présenté en Conseil des ministres le 15 octobre 2014 s'inscrit dans le prolongement de la Stratégie nationale de santé lancée par le Gouvernement dès 2013. Il est destiné à changer le quotidien des patients et des professionnels de santé, tout en créant de nouveaux droits concrets (création d'un droit à l'oubli pour les anciens malades du cancer et d'autres pathologies lourdes, création de l'action de groupe en santé, suppression du délai de réflexion pour l'interruption volontaire de grossesse, lutte contre les refus de soins...). L'Assemblée nationale l'a adopté le 14 avril 2015 en première lecture, par une très large majorité. La définition d'une Stratégie nationale de santé a par ailleurs permis de structurer et de développer une politique de santé intégrant pleinement la santé publique.

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

**- 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 cumule les fonctions antérieurement dévolues au Conseil supérieur d'hygiène publique et au Haut comité de la santé publique.

Il peut être consulté par les ministres intéressés, par les présidents des commissions parlementaires compétentes ou encore par les préfets, 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 besoins de connaissances nécessaires à l'élaboration des politiques de santé, afin d'améliorer la prévention et la prise en charge des problèmes de santé, nécessite par ailleurs 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, de la santé et du droit des femmes, et le ministère chargé de la recherche.

La coordination de la programmation de la recherche en santé a été confiée par la Ministre chargée de la santé et par le Ministre chargé de la recherche 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 notamment avec l'Alliance des sciences humaines et sociales (Athena) et l'Alliance nationale de recherche pour l'environnement (Allenvi). Les directions du ministère chargé de la santé participent au comité de pilotage de ces travaux, dont le rapport a été remis aux Ministres le 15 juillet 2015, et assurent l'animation des groupes de travail chargés d'harmoniser et de coordonner les procédures d'appels à projets de recherche.

La mise en œuvre par la direction générale de la santé (DGS) des orientations ainsi définies se traduit dans sa participation à l'exercice de la tutelle de l'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 à 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, et).

## ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
<b>Dépenses de fonctionnement</b>	<b>74 048 613</b>	<b>74 048 613</b>
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	8 754 898	8 754 898
Subventions pour charges de service public	65 293 715	65 293 715
<b>Dépenses d'intervention</b>	<b>17 403 019</b>	<b>17 403 019</b>
Transferts aux ménages	4 200 000	4 200 000
Transferts aux autres collectivités	13 203 019	13 203 019
<b>Total</b>	<b>91 451 632</b>	<b>91 451 632</b>

### DEPENSES DE FONCTIONNEMENT COURANT

#### **Actions de soutien et de partenariats pour relayer la politique de santé publique : 3,6 M€ en AE et en CP:**

Les crédits dévolus à cette action sont destinés notamment à :

- Couvrir le fonctionnement de la conférence nationale de santé.

Créée en 1996, la Conférence nationale de santé (CNS) est un lieu de concertation sur les orientations des politiques de santé. Elle permet aux acteurs du système de santé d'exprimer leurs points de vue sur les politiques de santé ; elle 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 du projet de loi définissant les objectifs de 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 C.N.S. 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 2016, des crédits sont prévus pour financer l'organisation d'un débat public.

- Assurer la pérennité et la performance des systèmes d'information (SI) pour l'ensemble de la politique d'administration centrale, dont le portail des vigilances (3 M€ en AE et en CP). Ces crédits (3 M€) seront consacrés à la modernisation des procédures de recueil de l'information et / ou de la gestion de l'activité.

Ils permettront en particulier :

- la création d'un portail de déclaration des événements indésirables par les usagers et professionnels de santé (1,6 M€) dont l'ouverture est programmée en septembre 2016, dans le contexte de la réforme de la prise en charge des vigilances et de l'organisation territoriale de la veille et de l'alerte sanitaire prévue dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé ;
- la généralisation des procédures de dématérialisation des certificats de décès jusqu'à la prise en compte des démarches administratives imposées à la famille (0,4 M€). Cette action est inscrite dans le cadre des projets de simplification de l'administration de l'État. Cette action de simplification sera suivie par le Secrétariat Général du Gouvernement (SGG) ;
- la refonte du système d'information de gestion du comité médical supérieur, instance consultative d'appel des avis émis par le Comité Médical départemental pour la prise en charge des maladies ouvrant droit au congé de longue maladie et de longue durée des fonctionnaires (0,15 M€) afin de réduire les délais administratifs de gestion des dossiers et d'assurer une transmission sécurisée des données médicales entre les comités médicaux territoriaux de première instance et l'administration centrale ;

- le déploiement d'outils numériques collaboratifs au sein de la direction générale de la santé(0,04 M€) .
- d'assurer le soutien des missions métiers de la direction générale de la santé grâce à la création d'un entrepôt de données commun au recueil et au suivi des déclarations des cas d'intoxication de toxicologie ;
- de sécuriser des échanges relatifs au suivi des hospitalisés sans consentement ;
- la conduite d'une 'étude de l'impact de la réforme territoriale sur le système d'information de la lutte anti-vectorielle.

**Veille, surveillance, évaluation et expertise (HCSP) : 0,593 M€ en AE et en CP.**

2016 sera l'année de la mise en place de la troisième mandature du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et de l'accompagnement de la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé (SNS). Le HCSP sera notamment en charge :

- de poursuivre et développer les évaluations ex-ante des plans et programmes de santé publique ainsi que les évaluations ex-post ;
- d'analyser les indicateurs de santé en lien avec les objectifs fixés par la SNS ;
- de contribuer à l'élaboration de la politique de santé des jeunes de 0 à 25 ans ;
- de poursuivre son expertise pour l'aide à la gestion des crises sanitaires liées aux maladies infectieuses ou à l'environnement.

**Actions dans les Outre-mer: 0,15 M€ en AE et en CP.**

L'éloignement de la métropole et les différences de conditions de vie outre-mer imposent de prendre des mesures visant à améliorer la vie des concitoyens ultramarins.

Ces priorités se traduisent par des actions en faveur de la prévention du risque sanitaire, de la protection de populations contre les effets néfastes de la pollution environnementale, et de la surveillance de l'état nutritionnel afin de prévenir l'obésité infantile et les maladies chroniques liées à la malnutrition.

**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'Institut de veille sanitaire (InVS) pour un montant de 55,7 M€,
- à la subvention allouée à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) pour un montant de 9,6 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 au sein du budget pluriannuel 2015-2017.

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

**DÉPENSES D'INTERVENTION****TRANSFERT AUX MENAGES**

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



## TRANSFERTS AUX AUTRES COLLECTIVITES

**Actions de soutien et de partenariats pour relayer la politique de santé publique: 6,7M€ en AE et en CP:**

La subvention allouée au Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS) au titre de l'année 2016 permet de nouer un partenariat nécessaire pour relayer la politique de santé publique en renforçant la participation des usagers du système de santé. Des actions d'information auprès des usagers du système de santé et de leurs représentants, de formation des représentants des usagers du système de santé, de recueil des attentes des usagers du système de santé et d'animation du réseau des associations membres du CISS et du réseau des CISS régionaux sont réalisées dans le cadre d'une nouvelle convention pluriannuelle d'objectifs 2016-2018 (1,9 M€ au titre de l'année 2016).

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) ainsi que 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, d'autre part l'amélioration de la qualité des travaux réalisés par les observatoires régionaux de santé en appui aux Agences Régionales de Santé et aux collectivités territoriales (Fédération nationale des observatoires régionaux de santé – FNORS).

Des actions pour l'implication des villes dans les politiques de santé sont également financées par le biais de deux associations qui assurent une fonction de têtes de réseau (Association Élus Santé Publique et Territoires –ESPT (20 000€)) et le Réseau Français des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (RVFS) (15 000 €)). Ces deux réseaux ont une couverture nationale comportant à eux deux près de 120 villes (ou communautés d'agglomération) dont toutes les capitales régionales (y compris Paris). Les subventions accordées contribuent à l'organisation de journées nationales et à la publication de guides pratiques relatifs aux dynamiques territoriales de santé et à l'ensemble des problématiques de santé à prendre en compte dans ce cadre. Ces réseaux entretiennent des partenariats avec d'autres institutions nationales : institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), tenants de la politique de la ville, centre national de la fonction publique territoriale.

**Études et recherche : 0,9M€ en AE et en CP.**

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

- 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 ;
- le soutien aux sociétés savantes, à des manifestations scientifiques et à des actions de formation méthodologique : soutien via une nouvelle convention pluriannuelle à l'association des épidémiologistes de langue française (ADELF), à l'association pour le développement de l'épidémiologie de terrain (EPITER) et à l'association épidémiologie et santé publique en ligne (ESPEL) 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 ; soutien à l'Université d'été francophone en santé publique organisée par l'Université de Franche-Comté, et au Collège des internes de santé publique ;
- 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 créé par le décret N° 2014-629 du 18 juin 2014 ;

- la poursuite des actions de soutien aux grandes études en santé, notamment par l'exploitation de données recueillies par les grandes études de cohorte en population générale pour répondre à des besoins de connaissances utiles à l'élaboration des politiques de santé.

#### **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<sup>er</sup> 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**

4,9 %

#### **Accès à la santé et éducation à la santé**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FDC et ADP attendus en 2016
Autorisations d'engagement		24 603 305	<b>24 603 305</b>	
Crédits de paiement		24 603 305	<b>24 603 305</b>	

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.

Cette sous-action comprend ainsi le soutien à des projets locaux ou territoriaux de santé publique dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale et des contrats locaux de santé, ainsi que les actions relatives à la réduction des inégalités sociales de santé dont celles des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

Ces actions du PRAPS, programmes obligatoires du projet régional de santé (PRS) sont également financées par les ARS dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR). Elles regroupent les actions transverses aux déterminants et aux pathologies, et les actions expérimentales comme le programme national «Un chez soi d'abord» au bénéfice des personnes sans-abri présentant des troubles psychiatriques.

#### **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 France développe des campagnes de prévention ciblées pour prendre en charge dès le plus jeune âge l'ensemble de la population et la sensibiliser aux enjeux de santé. 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. Dans ce cadre, la réglementation de l'offre de boissons alcooliques destinée aux adolescents et jeunes adultes a été renforcée et la lutte contre le tabagisme va s'inscrire dans un ambitieux programme global : le programme national de réduction du tabagisme, dont le premier axe est destiné à éviter l'entrée dans le tabagisme des jeunes.

## 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 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 de la contraception et, la gratuité des contraceptifs pour les adolescentes. Par ailleurs, un programme d'actions intitulé «contraception, sexualité, vulnérabilité» (CSV), conçu dans le cadre d'un partenariat entre la direction générale de la santé et le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) et formalisé par une convention, vise à faciliter l'information et la sensibilisation des publics les plus vulnérables. Le CSV 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 schémas régionaux d'organisation des soins-projets régionaux de santé (SROS-PRS) organisent 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.

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

Le nombre de naissances demeure élevé en France depuis 2006. En 2013, 811510 enfants sont nés en France (hors Mayotte), dont 781 621 en métropole.

Des actions sont mises en œuvre pour développer la prévention dès la période préconceptionnelle, dans le but de réduire la survenue de handicaps évitables, d'améliorer la santé maternelle et de la santé périnatale par une prise en charge précoce et adaptée des femmes enceintes et la définition d'actions spécifiques à mener en direction des femmes en situation de vulnérabilité.

### **Améliorer la santé de la petite enfance**

La périnatalité et la petite enfance font intégralement partie des priorités en faveur de la jeunesse. Ces thèmes sont déclinés au sein des projets régionaux de santé (PRS) par les agences régionales de santé à travers un certain nombre d'orientations nationales qui s'appuient notamment sur l'évaluation menée par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur les objectifs de la loi de santé publique du 9 août 2004.

## Traumatismes et violences

Concernant les violences faites aux femmes et la lutte contre les mutilations sexuelles, un effort important sera poursuivi 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.

**Par ailleurs, des actions sont également menées pour prévenir les accidents de la vie courante, en particulier chez l'enfant et les personnes âgées (chutes), les traumatismes intentionnels et les accidents de transport.**

## ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
<b>Dépenses de fonctionnement</b>	<b>23 791 200</b>	<b>23 791 200</b>
Subventions pour charges de service public	23 791 200	23 791 200
<b>Dépenses d'intervention</b>	<b>812 105</b>	<b>812 105</b>
Transferts aux autres collectivités	812 105	812 105
<b>Total</b>	<b>24 603 305</b>	<b>24 603 305</b>

Dans le cadre du PLF 2016, un transfert du P204 vers le P137 a été validé en vue de la constitution d'un fonds pour la prévention de la prostitution et l'accompagnement social et professionnel des personnes prostituées, pour un montant de 1 000 000 €. Ce fonds est également alimenté par des crédits du P137 ainsi que par des contributions en provenance d'autres ministères (Justice, Intérieur). La dotation de l'action 12 a donc été diminuée de 0,5M€ pour le PLF 2016.

## SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC

23,8 M€ sont destinés à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

Cette dotation, complétée par une dotation de l'assurance maladie, 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'INPES figure dans la partie « Opérateurs » du présent projet annuel de performance.

## DÉPENSES D'INTERVENTION

### TRANSFERTS AUX AUTRES COLLECTIVITES

#### **Santé des populations en difficulté: 0,35 M€ en AE et en CP.**

Ces crédits sont destinés à soutenir principalement l'action d'associations nationales et d'autres structures jouant un rôle de centre de ressources, d'appui et d'évaluation concernant la santé de populations particulièrement vulnérables : migrants/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 l'évaluation du programme expérimental «Un chez soi d'abord» en direction des personnes sans abri prévus par le plan pluriannuel de lutte 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».

Ces financements concourent à la réduction des inégalités sociales de santé qui constitue une priorité de la stratégie nationale de santé (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 : 0,36 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 concernées sont relatives notamment à l'information des femmes victimes du distilbène et à l'information du public et des professionnels sur la prévention des malformations. Des études pourront être également 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, les crédits permettront de soutenir des actions visant à améliorer la prévention des troubles sensoriels et des apprentissages, ainsi que la prise en charge de la douleur de l'enfant.

Ces financements concourent notamment à l'objectif de renforcement de la prévention dès le plus jeune âge, prévu par la stratégie nationale de santé.

#### **Traumatismes et violences: 0,10 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 à raison de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre et du plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016).

**ACTION N° 13****1,4 %****Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FDC et ADP attendus en 2016
Autorisations d'engagement		6 885 700	<b>6 885 700</b>	
Crédits de paiement		6 885 700	<b>6 885 700</b>	

Cette action s'inscrit dans une approche globale du risque infectieux. Elle combine différentes approches dans la détermination de mesures de prévention et de gestion des risques (sociétale, comportementale, environnementale, sanitaire).

Dans le champ des maladies communautaires, elle se décline au travers de politiques de prévention, notamment par une politique vaccinale menée par l'État, mais aussi de dépistage et de prise en charge des maladies transmissibles, qu'il s'agisse par exemple de la grippe, de la méningite, de la rougeole, des infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH, des infections par les virus des hépatites ou de la tuberculose. Elle s'appuie également sur des mesures visant à préserver l'efficacité des antibiotiques.

L'action comporte également l'élaboration et la mise en application de la politique de lutte contre les infections à transmission vectorielle.

Elle traite enfin, de la définition des principes et mesures de réduction et de gestion des risques de nature infectieuse liés aux soins.

**VIH/SIDA/IST/Hépatites**

La lutte contre le VIH/Sida et les IST s'intègre dans les volets « prévention », « lutte contre les inégalités de santé » et « organisation du parcours de santé des patients » de la stratégie nationale de santé.

**Lutte anti-vectorielle et risques émergents**

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...) 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. 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 les départements du bassin méditerranéen, de l'axe rhodanien, et de la côte Atlantique, en métropole (22 départements classés, dans lesquels sont constatées l'existence de conditions entraînant un risque de maladies humaines transmises par les insectes), la colonisation de la métropole par le moustique vecteur *Aedes albopictus* étant en progression. Le Centre national d'expertise des vecteurs (CNEV) permet de mobiliser rapidement et efficacement les expertises nécessaires en entomologie. Le développement et l'expérimentation d'un système d'information dédié à la lutte anti-vectorielle contribue à améliorer le pilotage des actions de lutte anti-vectorielle.

**Vaccinations et maladies à prévention vaccinales**

- Lutte contre la tuberculose :

La lutte contre la tuberculose est engagée en France depuis des décennies. Le programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) a défini un cadre opérationnel qui s'applique aux nombreux acteurs de la lutte contre la tuberculose au-delà du terme formel du programme. Ce cadre technique accompagne la recommandation forte de vaccination par le BCG des enfants à risque élevé de contracter la maladie ou vivant dans les territoires les plus touchés. Cette stratégie a été confirmée par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) qui conseille dans son rapport d'évaluation de juin 2010 la poursuite des actions engagées tant au niveau national que régional par les ARS afin de réduire les inégalités de santé.

#### - La politique vaccinale

Le programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 s'est appuyé sur les enseignements tirés des dernières campagnes de vaccination (grippe A, infection invasives à méningocoques en Seine Maritime et dans la Somme, départements particulièrement touchés depuis plusieurs années par des épidémies de méningite, etc). Il s'est concrétisé notamment par la simplification du calendrier des vaccinations en 2013. Il vise à faciliter l'accès de tous à la vaccination, ce qui se traduit par des dispositions dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé (vaccination en centre d'examen de santé de l'assurance maladie, vaccination par les sages femmes...).

Dans un contexte de défiance d'une partie de la population vis-à-vis de la vaccination et de son rôle de protection individuel et collectif d'une part, de tensions d'approvisionnement en vaccins rencontrées au niveau mondial d'autre part, la Ministre chargé de la santé a confié une mission de réflexion à la députée Sandrine Hurel. Elle a annoncé l'organisation d'un débat national sur la vaccination pour 2016.

L'action des centres publics de vaccination gratuite, qu'ils relèvent de l'État ou des conseils départementaux, suivant que les départements ont choisi d'exercer ou non cette compétence, est consolidée par la prise en charge du coût des vaccins administrés par ces centres, votée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

#### La lutte contre la rage

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 (décret n° 96-596 du 27 juin 1996 art 12). Ce dépistage, obligatoire. Est un outil central du dispositif de prise en charge spécifique des cas suspects de rage après exposition à un animal. Un réseau de Centres Anti Rabiques –appuyés par des Antennes de traitement antirabique- assurant cette mission est déployé sur tout le territoire. Ces centres sont les seuls habilités à dispenser les vaccins et les immunoglobulines après une exposition suspecte. L'État assure également la mise à jour des recommandations de traitement et de prophylaxie en fonction de l'évolution épidémiologique de l'enzootie.

#### Résistance aux antibiotiques et infections associées aux soins

La prévention des infections associées aux soins se conçoit sur le champ large du parcours de soins plutôt que sur une vision purement nosocomiale.

La croissance du portage de bactéries multi-résistantes en ville 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.

Des résultats encourageants ont été enregistrés depuis les années 2000 grâce à des plans pour préserver l'efficacité des antibiotiques. Malgré tout, la résistance aux antibiotiques augmente et de nouvelles résistances émergent. Elles justifient une attention particulière portée à la prescription de cette classe thérapeutique.

Cette menace appelle une mobilisation déterminée et durable de l'ensemble des acteurs impliqués dans le cycle de vie des antibiotiques, afin de concilier des objectifs individuels (qualité de la prise en charge des patients) et collectifs (préservation d'une ressource rare, précieuse et difficile à renouveler).

Le plan d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 fixe un objectif chiffré de baisse (- 25%) des consommations d'antibiotiques en France L'atteinte de cet objectif requiert d'assurer un conseil adapté des prescripteurs, en ville comme en établissement de santé, et d'encadrer le cas échéant la prescription, en lien avec la CNAMTS, mais aussi d'obtenir l'adhésion de la population.

#### ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
<b>Dépenses de fonctionnement</b>	<b>720 000</b>	<b>720 000</b>
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	720 000	720 000
<b>Dépenses d'intervention</b>	<b>6 165 700</b>	<b>6 165 700</b>
Transferts aux autres collectivités	6 165 700	6 165 700
<b>Total</b>	<b>6 885 700</b>	<b>6 885 700</b>

## DEPENSES DE FONCTIONNEMENT COURANT

Dans le cadre du PLF 2016, un transfert a été décidé du P204 vers le P137 en vue de la constitution d'un fonds dédié aux victimes de la traite et à l'insertion des personnes prostituées, pour un montant de 1 M€. La dotation de l'action 13 a été diminuée de 0.5M€ pour le PLF 2016.

**VIH/SIDA/IST/ Hépatites: 0,04 M€ en AE et 0,04 en CP.**

Ces crédits serviront au fonctionnement du Comité national de suivi du plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014, du Comité de suivi pour la mise en œuvre des recommandations du rapport sur la prise en charge des personnes infectées par les virus des hépatites B et C, et au fonctionnement du Conseil national du sida et des hépatites virales chroniques (CNSHVC). Ils accompagneront l'organisation par le ministère chargé de la santé d'une journée nationale relative aux hépatites virales B et C, une journée nationale IST, VIH, contraception, CeGIDD (centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic) et le soutien à différentes études, évaluations et recherches dans le domaine du VIH/IST et des hépatites virales B et C.

**Lutte anti-vectorielle et risques émergents: 0,68 M€ en AE et 0,68 en CP.**

Ces crédits permettront de 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). Ces crédits sont répartis entre l'action 13 et l'action 11 pour les systèmes d'informations .

Ils permettront également l'adaptation du système d'information de la lutte anti-vectorielle au vu des contraintes qui s'y appliquent.

## DÉPENSES D'INTERVENTION

## TRANSFERTS AUX AUTRES COLLECTIVITES

**VIH/SIDA/IST/Hépatites: 5,1 M€ en AE et en CP.**

Les prévisions de dépenses s'élèvent à :

**- 4,64 M€ en AE en CP** pour la lutte contre le VIH/Sida et les IST.

Ces crédits centraux servent à renforcer les actions déjà engagées et celles lancées dans le cadre du plan national de 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.

Ces crédits serviront également à renforcer :

- les interventions associatives innovantes en faveur des publics prioritaires, à travers un appel à projets thématiques
- les actions d'évaluations et de recherche, notamment celles soutenues par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales.

**- 0,46 M€ en AE et en CP pour la lutte contre les hépatites B et C**

Ces crédits contribuent à renforcer les actions déjà lancées dans le cadre du plan de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 et celles recommandées par le rapport de 2014 relatif à la prise en charge des personnes infectées par les virus des hépatites B et C, notamment le partenariat avec les associations.



Ils servent :

- au soutien des associations d'information et d'aide des personnes atteintes et de leur entourage ;
- aux actions de réseaux de prise en charge des personnes atteintes ;
- aux actions d'information et de formation des professionnels ;
- aux évaluations et études, notamment de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales.

Il importe de signaler que certaines actions de lutte contre le VIH/IST sont 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.

**Lutte anti-vectorielle et risques émergents: 0,36 M€ en AE et en CP.**

Les crédits sont consacrés au fonctionnement du Centre national d'expertise sur les vecteurs (CNEV) et à la poursuite du co-financement de l'étude portant sur la stérilisation des moustiques, qui permet la mobilisation de crédits du fonds européen de développement régional (FEDER).

**Vaccination et maladies à prévention vaccinale : 0,35M€ en AE en CP.**

Ces crédits serviront aux formations des centres antituberculeux et à l'interprétariat nécessaire à la prise en charge des patients atteints de tuberculose.

**Résistance aux antibiotiques et infections associées aux soins: 0,35M€ en AE et en CP.**

Ces crédits sont destinés aux actions de mise en œuvre du plan national d'alerte sur les antibiotiques (2011-2016), notamment dans le cadre de la révision de la circulaire sur le conseil et les référents en antibiothérapie.

**ACTION N° 14**

**10,8 %**

**Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FDC et ADP attendus en 2016
Autorisations d'engagement		54 351 796	<b>54 351 796</b>	
Crédits de paiement		54 351 796	<b>54 351 796</b>	

**Maladies chroniques**

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

**Cancer**

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<sup>e</sup> 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.



## La 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 de morbidité.

D'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), cinq des dix pathologies les plus préoccupantes concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et les troubles obsessionnels compulsifs.

Par ailleurs, près d'un jeune de 15-30 ans sur dix (9 %) 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 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.

## Alzheimer et autres maladies neuro-dégénératives et maladies liées au vieillissement

### *Les maladies neuro-dégénératives*

En France actuellement, 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 seraient 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 neurodégénératives 2014-2019 au périmètre élargi traite de l'ensemble de ces maladies neuro-dégénératives et concerne donc des populations adultes de tous âges. Les orientations de ce plan s'inscrivent dans la stratégie nationale de santé et la stratégie nationale de recherche.

### *Les maladies liées au vieillissement*

Les travaux conduits dans ce domaine et liés au projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement ont identifié des thématiques de santé publique prioritaires : l'anticipation et la prévention, le bon usage des médicaments chez les personnes âgées ainsi que la prévention du suicide. Les actions de prévention, qui s'inscrivent dans le parcours de santé de la personne, vont de la sensibilisation du grand public à la prévention et au repérage des facteurs ou situations à risque tout au long de la vie jusqu'aux mesures spécifiques de prévention au sein des hôpitaux et des établissements d'accueil.

## Maladies rares

En France, près de 3 millions de personnes sont concernées par l'une des 7000 maladies rares dont 80 % sont d'origine génétique. Le plan s'articule autour de trois axes qui portent sur l'amélioration de la prise en charge du patient, le développement de la recherche sur les maladies rares et l'amplification des coopérations européennes et internationales.

Le ministère chargé de la santé mène de nombreuses actions pour la prise en charge des maladies rares, notamment les mesures destinées à faciliter la vie des personnes atteintes : organisation de la prise en charge des malades (soins, recherche, médicaments orphelins), intégration dans la vie scolaire et professionnelle, aides financières et humaines.

## Addictions

### *Tabac*

78 000 décès sont chaque année liés au tabac avec un coût pour la société estimé à 47 Mds d'euros.

Les actions menées visent d'une part à éviter que les plus jeunes ne s'engagent dans une consommation régulière de tabac et d'autre part à aider les personnes dépendantes à se sevrer le plus précocement possible. Pour cela, le Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 (PNRT), annoncé par la ministre en charge de la santé le 25 septembre 2014, développe plusieurs actions qui s'articulent autour des trois axes suivants : protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac ; aider les fumeurs à s'arrêter ; agir sur l'économie du tabac. Ces mesures s'inscrivent notamment dans les recommandations de la convention cadre internationale de lutte antitabac de l'OMS (CCLAT), ratifiée par la France en 2004 et concernant, entre autres, l'étiquetage des produits du tabac, la publicité, mais aussi les relations des pouvoirs publics avec l'industrie du tabac. Plusieurs des mesures du PNRT sont insérées au projet de loi de modernisation de notre système de santé et notamment l'instauration du paquet neutre et de 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 49 000 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. 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. De manière générale, il faut renforcer les dispositifs de réduction des risques lors d'alcoolisations importantes et sanctionner l'incitation au « binge drinking » (mesure prévue dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé). 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.

*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 auprès des usagers.

Dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, adopté le 19 septembre 2013, des évolutions des pratiques de prise en charge sont prévues, en particulier s'agissant des modalités de traitements de substitution aux opiacés.

Le plan 2013-2017 repose sur trois grandes priorités :

- Fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation ;
- Prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux ;
- Renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publiques au niveau national et international en luttant contre les trafics et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives.

L'adaptation du dispositif médico-social (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie - CSAPA, centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques – CAARUD), sera poursuivie, notamment par la création d'équipes mobiles et de consultations avancées, ainsi que par le soutien de structures travaillant plus spécifiquement avec les publics féminins et les jeunes. Par ailleurs, les actions de prévention et de prise en charge des addictions aux jeux en ligne se développent depuis la mise en œuvre de la loi du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne.

**ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE**

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
<b>Dépenses de fonctionnement</b>	<b>49 696 658</b>	<b>49 696 658</b>
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	1 950 000	1 950 000
Subventions pour charges de service public	47 746 658	47 746 658
<b>Dépenses d'intervention</b>	<b>4 655 138</b>	<b>4 655 138</b>
Transferts aux autres collectivités	4 655 138	4 655 138
<b>Total</b>	<b>54 351 796</b>	<b>54 351 796</b>

**DEPENSES DE FONCTIONNEMENT COURANT****Pratiques addictives et à risques (y compris alcool et tabac) : 1,6 M€ en AE et en CP.**

Ces crédits financeront, pour un montant globalement stable depuis plusieurs années, l'appui à la mise sur le marché de trousses d'injection stérile pour les 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. Selon l'arrêté du premier avril 2002, l'aide est fixée à 0,42€ par trousse.

Ils permettront également la cotisation de la France à la convention cadre de lutte antitabac (CCLAT) qu'elle a ratifiée en 2004 afin d'appuyer la poursuite de l'élaboration d'un cadre international sur les modalités de lutte contre le tabac.

**Santé mentale: 0,05 M€ en AE et en CP.**

Ces crédits sont destinés à accompagner la dématérialisation des échanges entre les professionnels intervenant dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement

**Autres maladies chroniques: 0,3M€ en AE et en CP.**

Ces crédits financeront

- la participation au portail du ministère chargé de la santé, pour une partie consacrée notamment aux maladies chroniques destiné à améliorer l'information du public et des professionnels sur les maladies, leur prise en charge, les droits des patients et des aidants, l'emploi, l'accompagnement et les aides locales ;
- le solde d'une étude destinée à apporter aux partenaires signataires de la convention AERAS (S'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) des connaissances permettant d'améliorer les pratiques assurantielles sur la base des évaluations scientifiques des risques chez les personnes porteuses de maladie chronique ;
- l'évaluation d'un appel à projets de 2014 destiné à développer la participation des patients formés dans les programmes d'éducation thérapeutique des patients.

**SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC**

47,7 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**

**Alzheimer et autres maladies neuro-dégénératives et maladies liées au vieillissement: 0,2M€ en AE et en CP.**

Ces crédits seront destinés à mettre en œuvre les mesures de prévention et d'accompagnement issues du plan national maladies neurodégénératives 2014-2019, notamment la poursuite d'une convention 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.

**Pratiques addictives et à risques (y compris alcool et tabac): 1,9 M€ en AE et en CP.**

L'utilisation des crédits 2016 permettra la mise en œuvre du programme national de réduction du tabagisme (PNRT) ainsi que les actions santé du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Ils permettront ainsi :

- en matière de lutte contre le tabac, de soutenir quatre associations nationales intervenant auprès du grand public et des professionnels et veillant au respect du cadre réglementaire, ainsi que le laboratoire national de métrologie et d'essais (LNE) pour assurer une surveillance des produits du tabac. Leur action s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la convention cadre internationale de lutte antitabac de l'OMS (CCLAT) et du PNRT ;
- en matière de lutte contre l'alcool, les subventions attribuées visent à appuyer une coordination associative des mouvements d'entraide menant des actions de prévention et d'accompagnement en direction d'anciens buveurs (CAMERUP), plusieurs associations œuvrant dans la lutte contre les usages nocifs de l'alcool notamment envers les jeunes et en milieu festif, et des associations veillant au respect des normes publicitaires pour les boissons alcooliques ;

- en matière de lutte contre les drogues illicites, de subventionner plusieurs associations nationales en matière de réduction des risques auprès des usagers de drogues, notamment pour disposer de matériels de formation pour les professionnels et bénévoles, appuyer des interventions et disposer d'une connaissance de l'état des automates distributeurs/récupérateurs de trousse de prévention ;
- en matière de lutte contre les addictions sans substances, de soutenir des recherches en lien avec l'Observatoire des jeux.

#### **Santé mentale: 1,1 M€ en AE et en CP.**

Les crédits sont destinés à soutenir les acteurs associatifs qui mènent des actions de prévention dans le champ de la santé mentale, qui est 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 dé-stigmatisation.
- la poursuite des actions de prévention du suicide menées dans le cadre d'un nouveau programme national de prévention du suicide qui va succéder à celui qui a couvert la période 2011-2014.
- l'évaluation de la loi relative aux soins psychiatriques sans consentement.

#### **Autres maladies chroniques: 1,4 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 ;
- des associations têtes de réseau au plan national contribuant au développement d'outils d'information du public et des professionnels en accompagnement de la future loi sur la fin de vie avec des actions de communication 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 ;
- 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 Direction Générale de la santé dans le domaine de la prévention des maladies cardiovasculaires et du diabète et des actions en faveur de la qualité de la vie des personnes insuffisantes rénales.

### **ACTION N° 15**

**3,8 %**

#### **Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FDC et ADP attendus en 2016
Autorisations d'engagement		19 208 187	<b>19 208 187</b>	
Crédits de paiement		19 208 187	<b>19 208 187</b>	

L'action n° 15 regroupe les crédits affectés aux mesures de prévention des expositions à des risques pour l'homme liées à l'environnement, au travail et à l'alimentation. Ils sont constitués de dépenses de fonctionnement destinées essentiellement à la maintenance évolutive des systèmes d'information en santé environnement, à la rénovation des systèmes d'information de la toxicovigilance, 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, de l'environnement et du travail, réseau national de surveillance aérobiologique, Institut national de veille sanitaire,

Organisation mondiale de la santé, Institut national de la recherche agronomique,...) pour la mise en œuvre ou la poursuite de plans (plan chlordécone, plan national santé-environnement, plan 2014-2018 sur les micro-polluants 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.

Le projet de 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 est prévue dès 2016 :

- mise en place du score nutritionnelle ;
- interdiction des fontaines à sodas ;
- lutte contre la maigreur excessive ;
- encadrement du bronzage artificiel,
- information en matière de pollution atmosphérique,
- lutte contre les expositions à l'amiante, au bruit ;
- 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
<b>Dépenses de fonctionnement</b>	<b>15 003 320</b>	<b>15 003 320</b>
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	1 574 000	1 574 000
Subventions pour charges de service public	13 429 320	13 429 320
<b>Dépenses d'intervention</b>	<b>4 204 867</b>	<b>4 204 867</b>
Transferts aux autres collectivités	4 204 867	4 204 867
<b>Total</b>	<b>19 208 187</b>	<b>19 208 187</b>

#### DEPENSES DE FONCTIONNEMENT COURANT

##### **Environnement et santé: 1,5 M€ en AE et en CP.**

L'évolution des systèmes d'information nationaux sera poursuivie par le développement d'un système d'information amiante, la poursuite du développement de l'outil Ariane Habitat et de l'application SISE-ERP (gestion des procédures de contrôle et d'inspection dans les établissements recevant du public avec intégration de nouveaux risques). Les systèmes d'information nationaux SISE-eaux d'alimentation et SISE-eaux de baignade, constituent la plus grande base de données du ministère, colligent chaque année plus de 12 millions de résultats d'analyses officielles, et nécessitent des évolutions fonctionnelles qui seront poursuivies, dans l'objectif d'une part d'une meilleure opérationnalité pour les Agences régionales de santé (ARS) et les laboratoires agréés par le ministère pour le contrôle sanitaire des eaux, et d'autre part pour proposer des fonctionnalités nouvelles en matière de système d'information géographique sur l'eau intéressant notamment les collectivités et faciliter le rapportage périodique de la France à la Commission européenne.

Une contribution au financement pluriannuel de la mise en œuvre des nouveaux systèmes d'information de la toxicovigilance, dont la maîtrise d'ouvrage est confiée à l'ASIP Santé est prévue dès 2016 (0,64 M€ financée par l'action 15 et 0,70 M€ par l'action 11). Les crédits correspondants seront délégués à l'ANSES, le projet de loi de modernisation de notre système de santé prévoyant de lui transférer la coordination de la toxicovigilance.

Le développement de normes et de référentiels d'accréditation pour la réalisation de contrôles continuera à faire l'objet des travaux nécessaires 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<sup>e</sup> 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).

La prévention des allergies inscrite dans le Plan national santé environnement 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.

#### SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC

13,3 M€ sont destinés à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et de travail (ANSES).

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'ANSES figure dans la partie « Opérateurs » du présent projet annuel de performance.

#### DÉPENSES D'INTERVENTION

#### TRANSFERTS AUX AUTRES COLLECTIVITES

##### **Nutrition et santé: 0,83 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'Anses. Cet observatoire, grâce aux contributions de l'Anses 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. Ces crédits permettent également d'aider l'Anses à compenser les charges liées à sa participation à une action conjointe (États membres- Commission européenne) dans le domaine de la nutrition.

Les crédits prévus viennent en appui du programme national nutrition santé 2011-2015 et des réformes promues par la loi relative à la modernisation de notre système de santé, en cours de discussion parlementaire, notamment dans le domaine de l'information nutritionnelle pour contribuer à évaluer les dispositifs envisagés et étudier les indicateurs de prix des produits alimentaires.

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 d'actions valorisant les 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 la dénutrition, sur les qualifications requises pour la formation pour la pratique de l'activité physique. La recherche universitaire sur la nutrition sera également encouragée ainsi que le suivi épidémiologique de la population.

Dans le domaine de la lutte contre les inégalités sociales de santé, l'expérimentation sur les coupons alimentaires dans les quartiers défavorisés sera poursuivie ainsi qu'en soutien à la politique de la ville, l'encouragement à la pratique d'une activité physique.

Ces crédits financeront par ailleurs l'observatoire de la qualité de l'alimentation pour la partie relevant de l'Institut national de recherche agronomique (INRA).

Dans le cadre de la déclinaison outre-mer du programme national nutrition santé (PNNS), les actions concernant la distribution de compléments nutritionnels pour les nourrissons à Mayotte ainsi que l'enquête de consommation alimentaire en Guyane seront poursuivies.



Par ailleurs, une présence française a été assurée au pavillon français de l'exposition universelle de MILAN en 2015, dont le thème était l'alimentation, France AgriMer ayant été désigné comme opérateur. Sur décision du Premier ministre, le ministère cofinance avec plusieurs autres ministères la mise en œuvre de cette présence.

### **Environnement et santé: 3,37 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 2016 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'institut national de veille sanitaire (TI MOUN ou cohorte de travailleurs, Études Madiprostata / Karuprostata) seront poursuivies et 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 2016, réalisé via une subvention spécifique versée à l'Anses dans le cadre de la réforme des vigilances. Le SI SEPIA restera géré par l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS).

Le 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) est prévue entre fin 2015 et début 2016. 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 mise en place opérationnelle d'une plateforme collaborative pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du plan au niveau régional en lien avec le national est attendue dès 2016. Les travaux pour la création d'un site internet Grand public ("méta-portail") consacré aux PNSE/PRSE (action 107 du plan) seront lancés cette même année

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 établie sur plusieurs années. 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 pré-traitement 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 Haut Conseil de santé publique (HCSP) sera poursuivie.

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 liés notamment à l'écoute de la musique amplifiée feront l'objet d'actions mieux ciblées. 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.

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

La lutte contre le saturnisme infantile et les impacts sanitaires des plombémies modérées resteront des actions importantes à mener. L'acquisition de connaissance concernant la fiabilité ou l'évolution des outils de mesure et de détection des polluants fera l'objet d'études dans les domaines du plomb.

L'acquisition de connaissances sur les accidents de la vie courante sera également améliorée avec le lancement d'une étude sur ce sujet.

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'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie, elle est réalisée par l'Institut de veille sanitaire (InVS). 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'Institut national de la recherche agronomique (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 alimentés à partir de 33 000 captages. A cet effet, plusieurs actions seront engagées sous la coordination des Agences régionales de santé (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'Anses.

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'Anses.

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 MEDDE pour la période 2014-2018 et 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, 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, dont le programme 2014-2016 a été validé en novembre 2013 à Oslo par la 3<sup>ème</sup> réunion des Parties.

Enfin le projet de loi de modernisation de notre système de santé prévoit un renforcement de la réglementation concernant le bronzage artificiel et des mesures concernant les mobilités actives.

## ACTION N° 16

2,3 %

### Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FDC et ADP attendus en 2016
Autorisations d'engagement		11 300 197	<b>11 300 197</b>	
Crédits de paiement		11 300 197	<b>11 300 197</b>	



La réponse aux alertes et aux situations sanitaires exceptionnelles est une mission importante de la Direction générale de la santé qui s'inscrit dans le renforcement de la sécurité sanitaire. Cette action intègre notamment l'élaboration des plans de prévention et de lutte contre les menaces sanitaires d'origine naturelle ou terroriste.

L'accent est mis sur le renforcement des dispositifs et outils permettant d'améliorer la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, sur l'élaboration et l'appropriation par les acteurs du volet sanitaire des plans gouvernementaux, ainsi que sur l'animation des réseaux (veille, laboratoires,...).

Cette action supporte également les crédits destinés à l'établissement public de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) sous la forme d'une subvention pour charges de service public. Ces financements permettent notamment de mettre en œuvre la politique d'acquisition et de renouvellement des stocks stratégiques nationaux associés aux plans de réponse et la gestion de la réserve sanitaire.

## ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
<b>Dépenses de fonctionnement</b>	<b>11 249 420</b>	<b>11 249 420</b>
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	650 000	650 000
Subventions pour charges de service public	10 599 420	10 599 420
<b>Dépenses d'intervention</b>	<b>50 777</b>	<b>50 777</b>
Transferts aux autres collectivités	50 777	50 777
<b>Total</b>	<b>11 300 197</b>	<b>11 300 197</b>

### DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT COURANT

#### **Mise en œuvre de mesures de gestion des alertes et des crises: 0,65 M€ en AE et en CP.**

Les crédits de fonctionnement courant ont pour objet en particulier :

- le fonctionnement de la plate-forme d'information du grand public sur les sujets des alertes sanitaires d'ordre national (maladie à virus Ebola, canicule,...) ;
- la poursuite du développement de l'application SISAC (Systèmes d'Information Sanitaire des Alertes et Crises) notamment la refonte de l'interface et des fonctionnalités ARS, la poursuite de l'interconnexion SI VSS (Veille et Sécurité Sanitaire) et enfin les évolutions fonctionnelles liées aux travaux menés en 2015 (modules agences nationales, fonctionnalités DUS, mode astreinte) ;
- l'audit de suivi, faisant suite à l'audit de certification qualité selon la norme ISO 9001 de l'organisation du Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales (CORRUSS) mené en 2015 ;
- la participation aux frais de fonctionnement du centre national civil et militaire de formation et d'entraînement aux événements de nature NRBC (CNCMFE NRBC-E). Créé par décret n° 2014-338 du 14 mars 2014, le CNCMFE NRBC-E a pour mission d'améliorer les capacités d'intervention face aux menaces et aux risques de nature nucléaire, radiologique, biologique, chimique et explosive. La clé de répartition des contributions financières en matière de fonctionnement fixe la contribution du ministère de la santé à 20 % du montant des frais de fonctionnement ;
- l'élaboration pour les ARS d'une méthode de planification opérationnelle ;
- le financement d'exercices et outils associés .

### SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC

Les crédits de subvention pour charges de service public destinés à l'Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) pour un montant de 10,6 M€.

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'EPRUS figure dans la partie « Opérateurs » du présent projet annuel de performance.

## DÉPENSES D'INTERVENTION

Cette enveloppe intègre le financement du centre civilo-militaire (CNCMFE NRBC-E), à hauteur de 0,04M€. Cette participation a été prévue suite à un transfert entrant à due concurrence.

## TRANSFERTS AUX AUTRES COLLECTIVITES

**Mise en œuvre de mesures de gestion des alertes et des crises:0,009 M€ en AE et CP.**

Les dépenses d'intervention comprennent le versement à l'OMS d'une subvention pour la mise en œuvre d'une des procédures afférentes au Règlement Sanitaire International (RSI).

**ACTION N° 17****26,8 %****Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FDC et ADP attendus en 2016
Autorisations d'engagement		134 628 290	<b>134 628 290</b>	
Crédits de paiement		134 628 290	<b>134 628 290</b>	

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 et des produits du corps humains :

- 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
<b>Dépenses de fonctionnement</b>	<b>131 388 290</b>	<b>131 388 290</b>
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	622 410	622 410
Subventions pour charges de service public	130 765 880	130 765 880
<b>Dépenses d'intervention</b>	<b>3 240 000</b>	<b>3 240 000</b>
Transferts aux autres collectivités	3 240 000	3 240 000
<b>Total</b>	<b>134 628 290</b>	<b>134 628 290</b>

## DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT COURANT

**Actions relatives à la politique des pratiques et des produits de santé : 0,42 M€ en AE et CP.**

**209 889 € en AE et en CP** permettront de poursuivre les actions suivantes :

- la poursuite du soutien aux travaux de l'INSERM (Unité 669) sur l'évaluation du traitement proprioceptif de la dyslexie et de l'étiopathie ;
- la poursuite du soutien aux travaux de l'INSERM (Unité 912) pour la réalisation de l'étude concernant l'évaluation de la dispensation à l'unité des antibiotiques ;
- 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.

**222 521 € en AE et en CP** permettront de mener les actions suivantes :

- intégrer au site [transparence.sante.gouv.fr](http://transparence.sante.gouv.fr) les modifications du dispositif introduites par l'article 43 bis du projet de loi de modernisation de notre système de santé et son décret d'application ;
- créer des registres pour les dispositifs médicaux en application de l'article 35ter du projet de loi de modernisation de notre système de santé et son décret d'application .

**190 000 € en AE et CP** permettront de poursuivre la mise en œuvre de SI BIOMED, système d'Information partagé notamment avec les Agences régionales de santé (ARS) relatif aux laboratoires de biologie médicale privés et publics en France.

#### SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC

Les crédits de subvention pour charge de service public représentent 14 M€ destinés à l'Agence de biomédecine (ABM) et 116,6 M€ destinés à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (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: 3,4 M€ en AE et CP.**

**3,2 € en AE et en CP** seront alloués aux comités de protection des personnes (CPP) dont la mission est de veiller à la protection des personnes participant aux recherches biomédicales en s'assurant du bien-fondé d'un projet de recherche d'un point de vue scientifique et éthique.

**40 000 € en AE et en CP** permettront également de poursuivre les actions suivantes :

- le soutien et le partenariat avec l'Académie nationale de pharmacie pour contribution et recommandations dans le domaine des produits de santé ;
- le soutien et le partenariat avec « Les rencontres annuelles de pharmacologie clinique de Giens » : la convention annuelle de « parrainage » permet à la DGS d'inscrire des thématiques et débats à l'occasion de ces rencontres de haut niveau des professionnels autour de sujets de santé publique prioritaires pour le ministère chargé de la santé ;
- le soutien aux travaux menés par l'Union nationale des associations pour la défense des familles et de l'individu victimes des sectes (UNADFI) pour tout ce qui concerne le volet « santé » des pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique, notamment pour le relais des travaux du groupe d'appui sur les pratiques non conventionnelles auprès du public ;
- le soutien à la conférence nationale des comités de protection qui organise une journée d'information pour les CPP ;

**ACTION N° 18****24,8 %****Projets régionaux de santé**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FDC et ADP attendus en 2016
Autorisations d'engagement		124 543 886	<b>124 543 886</b>	18 000 000
Crédits de paiement		124 543 886	<b>124 543 886</b>	18 000 000

L'action 18 intègre l'ensemble des crédits de prévention, promotion de la santé, veille et sécurité sanitaires alloués sur le programme 204 aux agences régionales de santé (ARS), par l'intermédiaire du fonds d'intervention régional (FIR) prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique (CSP).

Les crédits mobilisés sur cette action ont vocation à financer au niveau régional :

- la mise en œuvre des politiques de santé publique menées au titre de la prévention, de la promotion et de l'éducation à la santé ;
- la sécurité sanitaire (veille sanitaire, observation de la santé dans la région, recueil et traitement des signalements d'événements sanitaires, contribution à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire).

Dans ce cadre, les crédits du programme 204 sont complétés par un financement spécifique des régimes d'Assurance maladie dont le montant est inscrit par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) dans le sous-objectif Fonds d'intervention régional (FIR) de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM).

Le FIR regroupe au sein d'une même enveloppe globale des crédits gérés par les ARS et répondant à des objectifs complémentaires de la politique de santé :

- la permanence des soins ;
- la performance et la qualité des soins ;
- la prévention, la promotion de la santé, la veille et la sécurité sanitaires.

Il permet aux ARS d'optimiser leur dépense, l'objectif étant de passer d'une logique de moyens sur des lignes fléchées à une logique d'objectifs et de résultats vérifiés dans le cadre d'un « reporting » organisé. Le FIR vise à donner aux ARS une plus grande souplesse dans la gestion de certains de leurs crédits.

Conformément à l'article L. 1434-6 du Code de la santé publique, les moyens financiers attribués à l'ARS pour le financement des actions de promotion de la santé, d'éducation à la santé, de prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prise en charge et d'accompagnement médico-social. Dans le cadre du FIR, ces crédits ne peuvent pas, selon ce principe, être affectés à une autre finalité et font l'objet d'un suivi spécifique.

Par ailleurs, en application de ce même principe de fongibilité asymétrique, les ARS peuvent mobiliser des crédits supplémentaires à ceux qui leur ont été alloués au titre de la prévention, de la promotion de la santé et de la veille et de la sécurité sanitaires pour financer des actions dans ce domaine, dans le respect de l'enveloppe globale allouée à l'ARS au titre du FIR, en effectuant des redéploiements depuis les autres enveloppes du FIR.

L'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a réorganisé les missions du FIR en cinq axes stratégiques qui s'inscrivent dans le cadre de la stratégie nationale de la santé et de la recherche d'efficacité de l'offre de soins et en les élargissant à la démocratie sanitaire et a transféré la gestion complète du FIR aux agences au 1er janvier 2016, ainsi que le recommandait la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée Nationale (MECSS). Les ARS se voient donc dotées d'un budget annexe retraçant la gestion des crédits du FIR.

Les crédits versés au FIR au titre de la prévention ont vocation à permettre la programmation et la mise en œuvre annuelle des schémas régionaux de prévention (SRP) de façon à financer les programmes et actions définis dans les projets régionaux de santé (PRS).

Dans ce contexte, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est conclu entre les ARS et le ministère des affaires sociales et de la santé. La deuxième génération de CPOM couvre la période 2015-2018. Cette nouvelle génération a pour ambition, d'une part, de resserrer les priorités et d'objectifs, en cohérence avec ceux assignés aux directeurs généraux des ARS dans leurs lettres de mission, et d'autre part de mieux articuler les priorités régionales

avec les priorités nationales. Ces contrats ont ainsi vocation à constituer un document de référence tant dans la relation entre le conseil national de pilotage des ARS que pour le management interne des agences.

Les objectifs opérationnels suivants du CPOM 2015-2018 sont dans le champ de compétence de la Direction générale de la santé :

- prévenir et traiter les risques sanitaires ;
- agir sur les déterminants de santé ;
- organiser la coordination de prises en charge adaptées aux besoins des usagers ;
- favoriser l'accès au système de santé pour les personnes les plus éloignées.

La présentation détaillée des ARS, opérateurs de politiques publiques, figure dans le projet annuel de performance du programme 124.

## ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
<b>Dépenses d'intervention</b>	<b>124 543 886</b>	<b>124 543 886</b>
Transferts aux autres collectivités	124 543 886	124 543 886
<b>Total</b>	<b>124 543 886</b>	<b>124 543 886</b>

### DÉPENSES D'INTERVENTION

En application de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique, les crédits du programme 204 relevant de la prévention et de la sécurité sanitaire sont attribués aux ARS par l'intermédiaire du fonds d'intervention régional (FIR). Pour cette raison, les crédits provenant du programme 204 constituent une dépense de titre 6 correspondant à un versement au FIR.

Pour 2016, ces crédits de prévention et de sécurité sanitaire s'élèveront à **124,543 M€** et se déclineraient sur le plan comptable soit sous forme de versements directs du FIR à des tiers, soit sous forme de dépenses de soutien aux interventions. Cette enveloppe intègre un transfert au titre des compétences sanitaires nouvellement recentralisées, à hauteur de 0,908 M€.

Les crédits du programme 204 intégrés à la mission prévention du FIR doivent permettre aux ARS de financer des actions notamment dans les domaines d'intervention suivants :

- le pilotage régional des politiques de prévention et de promotion de la santé : à ce titre sont principalement financées des actions d'appui et de soutien aux promoteurs intervenant sur le champ de la prévention, ainsi que des actions d'évaluation des programmes mis en place ;
- les dispositifs pérennes de prévention dont la vocation est d'offrir un service de prévention s'insérant généralement dans le cadre d'un plan national de santé publique ;
- les structures habilitées, assurant, pour le compte de l'État, la mise en œuvre des compétences sanitaires recentralisées, en application de la Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 ;
- les structures assurant la gestion des dépistages organisés des cancers du sein et colorectal ;
- les dispositifs assurant la lutte anti-vectorielle principalement déployés dans les départements d'outre-mer ;
- les actions relatives à l'éducation et à l'accès à la santé ;
- les actions de santé publique et de prévention menées dans le cadre de la mise en œuvre régionale des plans nationaux de Santé publique ; ces actions concernent l'ensemble des champs abordés par ces plans, en complémentarité avec les actions menées au sein des structures assurant la gestion des compétences sanitaires recentralisées ;

- les actions de santé environnementale (mises en œuvre dans le cadre des volets régionaux du PNSE) et les actions visant à améliorer les déterminants de santé, la prévention des maladies chroniques et des risques infectieux, et plus généralement, la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie sont intégrées dans ce champ ;
- les actions concourant à la gestion des urgences et des événements sanitaires imprévus dès lors que ceux-ci restent circonscrits en termes d'incidence sanitaire et financière ;
- les actions de veille et de sécurité sanitaires.

**ACTION N° 19****6,9 %****Modernisation de l'offre de soins**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FDC et ADP attendus en 2016
Autorisations d'engagement		34 682 500	<b>34 682 500</b>	
Crédits de paiement		35 982 500	<b>35 982 500</b>	

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 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 des prestataires extérieurs apportant une compétence et une expérience spécialisée pour des projets qui s'inscrivent dans le cadre de la modernisation de l'offre de soins.

Il permet, par ailleurs, d'accompagner la mise en œuvre des réformes visant à la modernisation de l'offre de soins 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 Direction générale de l'offre de soins (DGOS) assure, depuis 2013, la tutelle principale de l'agence, financée depuis 2013 par le programme 204.

**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, l'« Agence pour le développement des Systèmes d'Informations de santé Partagés » (GIP-ASIP Santé) a été créée.

Cette agence a pour mission de favoriser le développement des systèmes d'information partagés dans les domaines de la santé et du secteur médico-social.

## ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
<b>Dépenses de fonctionnement</b>	<b>1 532 500</b>	<b>1 532 500</b>
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	1 532 500	1 532 500
<b>Dépenses d'intervention</b>	<b>33 150 000</b>	<b>34 450 000</b>
Transferts aux autres collectivités	33 150 000	34 450 000
<b>Total</b>	<b>34 682 500</b>	<b>35 982 500</b>

## DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT COURANT

**Conception des politiques d'offre de soins et actions de modernisation : 1,53 M€ en AE et CP.**

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

En particulier, des intervenants extérieurs peuvent être mobilisés : consultants en vue d'une aide pour la conduite de différents projets (Télémédecine, accompagnement des services dans la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé...), experts pour l'assistance à la définition et à la mise en œuvre de politiques publiques. Une partie de ces crédits est, également, destinée à la passation de conventions ou l'achat de prestations diverses.

## DÉPENSES D'INTERVENTION

Les crédits d'intervention de l'action 19 permettent de couvrir en 2016 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 diplômés sanitaires.

**L'agence de santé de Wallis et Futuna : 28,5M€ en AE et 29,8 M€ CP.**

Le système de santé à Wallis et Futuna repose exclusivement sur l'agence de Santé. Cet établissement public national à caractère administratif, au-delà de ses missions d'hospitalisation, est chargé 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 que son financement est intégralement pris en charge par l'État.

En 2016, la dotation allouée à l'agence de santé **s'élève à 28,5 M€ en AE et 29,8 M€ en CP**. La différence de 1,3 M€ entre les AE et les CP s'explique par la première annuité de remboursement du prêt consenti par l'agence Française de Développement (AFD) pour apurer la dette de l'Agence de santé qui s'élève à 21,5 M€. Les caractéristiques techniques de ce prêt doivent être finalisées avant la fin 2015.

**Le Groupement d'Intérêt Public « Agence pour le développement des Systèmes d'Information de Santé Partagés (GIP-ASIP Santé) » : 0,7M€ 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 0,7 M€ contribuent au financement du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).

**Les frais de jury de certification des diplômes sanitaires : 3,95 M€ en AE et CP.**

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

De 2006 à 2014, ces crédits d'intervention étaient portés par l'action 13 du programme 124. Toutefois, Depuis 2015 leur prise en charge est assurée pour le champ sanitaire par l'action 19 du programme 204.



## OPÉRATEURS

## RÉCAPITULATION DES CRÉDITS ALLOUÉS AUX OPÉRATEURS DE L'ÉTAT

(en milliers d'euros)

Nature de la dépense	LFI 2015		PLF 2016	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Subventions pour charges de service public	300 994	300 994	291 625	291 625
Dotations en fonds propres				
Transferts	3 950	3 950		
<b>Total</b>	<b>304 944</b>	<b>304 944</b>	<b>291 625</b>	<b>291 625</b>

## CONSOLIDATION DES EMPLOIS

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

Intitulé de l'opérateur	Réalisation 2014 (1)				LFI 2015				PLF 2016			
	ETPT rémunérés par ce programme (2)	ETPT / ETPT rémunérés par les opérateurs			ETPT rémunérés par ce programme (2)	ETPT rémunérés par les opérateurs			ETPT rémunérés par ce programme (2)	ETPT rémunérés par les opérateurs		
		sous plafond	hors plafond	dont contrats aidés		sous plafond	hors plafond	dont contrats aidés		sous plafond	hors plafond	dont contrats aidés
ABM - Agence de biomédecine		249	13	0								
		252	11			251	16			247	16	
ADALIS - Addictions Drogues Alcool Info Service		37										
		39			0	36				36		
ANSM - Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé		1 003	2	2								
	0	995	4	4		983	6	4		970	6	4
EHESP - Ecole des hautes études en santé publique		327	60									
	0	327	60	6		329	71			325	71	
EPRUS - Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires		30	0	0								
	0	30	0	0	0	30				30		
INCa - Institut National du Cancer		153	6	0								
	0	154	7	0	0	151	12		0	149	12	
INPES - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé		128	4									
		126	4			127	5			127	5	
InVS - Institut de veille sanitaire		400	8	0								
	0	400	8	0		392	9			411	9	
<b>Total ETP</b>		<b>2 327</b>	<b>93</b>	<b>2</b>								
<b>Total ETPT</b>	<b>0</b>	<b>2 323</b>	<b>94</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>2 299</b>	<b>119</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2 295</b>	<b>119</b>	<b>4</b>

(1) La réalisation 2014 reprend la présentation du RAP 2014.

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

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

Intitulé de l'opérateur	Réalisation 2014 (1)	LFI 2015 (3)	PLF 2016
EHESP - Ecole des hautes études en santé publique	25		34
<b>Total ETPT (2)</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>34</b>

(1) La réalisation 2014 reprend la présentation du RAP 2014.

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

(3) La LFI 2015 fait référence aux plafonds votés en Loi de finances initiale 2015 ou, le cas échéant, en Loi de finances rectificative 2015.

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

	ETPT
Emplois sous plafond 2015 (1)	2 527
Extension en année pleine du schéma d'emplois de la LFI 2015 (2)	
Impact du schéma d'emplois 2016 (3)	-25
Solde des transferts T2/T3 (4)	
Solde des transferts internes (5)	+19
Solde des mesures de périmètre (6)	-226
Corrections techniques (7)	
Abattements techniques (8)	
<b>Emplois sous plafond PLF 2016 (9)</b>	<b>2 295</b>
<b>Rappel du schéma d'emplois 2016 en ETP (10)</b>	<b>-50</b>

Le plafond d'emploi des opérateurs du programme 124 s'établit à 2295 ETPT en 2016 :

- un schéma d'emploi de -50 ETP est appliqué et se traduit par un impact de -25 ETPT en 2016 ;
- 19 ETPT sont transférés au programme 204 : 21 ETPT sont transférés du programme 124 vers le programme 204 au titre des effectifs des cellules de l'INVS en région (CIRE) ; 2 ETPT sont transférés du programme 204 (INVS) vers le programme 206 (ANSES) au titre de la toxicovigilance.
- une mesure de périmètre de 226 ETPT permet de sortir l'agence technique de l'hospitalisation (ATIH) et le centre national de gestion (CNG) du périmètre des opérateurs de l'État car ces deux établissements ne sont plus financés par des crédits budgétaires depuis 2015. Les plafonds d'emploi des organismes transférés s'élèvent respectivement à 110 ETPT pour l'ATIH et 116 ETPT pour le CNG.

## 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 et le décret n° 2005-420 du 4 mai 2005 pris pour son application. Outre les missions relatives au prélèvement et à la greffe d'organes, de tissus et de cellules, l'agence intervient dans quatre grands domaines de la biologie et de la médecine humaine: la reproduction, l'embryologie, la génétique (dont le diagnostic prénatal) et la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires. La nouvelle loi de bioéthique, adoptée le 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 d'organes. Enfin cette même loi a également étendu les compétences de l'Agence qui est désormais chargée d'assurer l'information permanente du Parlement et du Gouvernement sur le développement des connaissances et des techniques dans le domaine des neurosciences.

L'Agence exerce des missions transversales (scientifiques, éthiques et régaliennes) dans ces champs d'activité. Elle se positionne en tant qu'agence d'expertise, de régulation et de police sanitaire.

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé prévoit d'étendre encore ses compétences, notamment en lui transférant la compétence en matière de biovigilance pour les organes, tissus, cellules et lactariums.

#### Gouvernance et pilotage stratégique

Le Contrat de Performance (COP), prolongé d'un an par avenant en date du 12 juin 2015, définit les orientations stratégiques.

Quatre orientations stratégiques ont été retenues:

- orientation stratégique N°1 : Contribuer à améliorer l'accès à la greffe d'organes, de tissus et de cellules en France
- 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.
- orientation stratégique N°3 : Renforcer l'intégration de l'Agence parmi les acteurs de système de santé,
- orientation stratégique N°4 : Renforcer l'efficacité et la performance de gestion de l'Agence.

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

Enfin la lettre de mission du 27 mai 2015 de la nouvelle directrice générale de l'Agence de la biomédecine, nommée par décret du 22 décembre 2014, reprend les principales orientations stratégiques du COP et les complète des nouveaux enjeux inscrits pour certains dans le projet de la loi de modernisation de notre système de santé. C'est le cas notamment de :

- la réorganisation des vigilances organes/tissus/cellules/lait maternel assurées par l'ANSM et dont le transfert à l'Agence de la biomédecine est prévu dans le projet de loi,
- l'association étroite à la concertation relative au nouvel encadrement des modalités d'expression de l'opposition au don de ses organes et la proposition à la ministre de la santé de règles de bonnes pratiques pour le dialogue avec les proches,

## Activité de l'établissement, perspectives 2016

2016 sera la dernière année de mise en œuvre des actions prévues au contrat d'objectifs et de performance 2012-2016 signé par l'Agence de la biomédecine avec le directeur général de la santé.

D'autres projets viendront les compléter, c'est le cas notamment :

- de la mise en place de la nouvelle stratégie retenue en matière d'inscription de donneurs volontaires de moelle osseuse puisque les objectifs initialement fixés ont été atteints et que l'étude relative à l'évolution du fichier des donneurs de moelle devrait être remise par l'Agence à ses tutelles au cours du second semestre 2015 ;
- du transfert effectif de l'activité de biovigilance organes, tissus, cellules et lait maternel de l'ANSM à l'Agence de la biomédecine comme indiqué précédemment ;
- du démarrage du projet de télétransmission d'imagerie médicale entre les équipes préleveuses d'organes et les équipes greffeuses pour lequel l'Agence a obtenu un financement spécifique.

Par ailleurs les dispositions prévues dans le cadre du projet de loi de modernisation de notre système de santé s'agissant du consentement au don d'organes sont susceptibles de modifier substantiellement les procédures actuelles des équipes de coordination des prélèvements d'organes et de renforcer le rôle du registre national des refus (RNR) géré actuellement par l'Agence de la biomédecine. L'Agence de la biomédecine devra très rapidement être en mesure d'encadrer et d'accompagner la mise en place de ce nouveau dispositif, notamment :

- en matière d'accompagnement des équipes de coordination hospitalière des prélèvements: mise en place au plus vite d'un dispositif d'information et de formation des professionnels ;
- en matière de communication : l'Agence de la biomédecine devra compléter sa communication actuelle en faveur du don d'organes par une information du grand public sur le RNR et sur les nouvelles dispositions législatives ;
- en matière de système d'informations : faire évoluer au plus vite l'actuelle application informatique qui gère le RNR ;
- en matière de renforcement des équipes : l'équipe en charge de la gestion du RNR devra être rapidement renforcée ;

Enfin, 2016 sera une année de réflexion et de formalisation des objectifs des années suivantes, car il s'agit de la dernière année :

- du contrat d'objectifs et de performance de l'Agence ;
- du plan greffes 2012/2016 lancé officiellement par la ministre de la santé en mars 2012 et qui avait pour objectif d'améliorer l'accès à la greffe d'organes, de tissus et de cellules en France ;
- du plan «de Procréation, d'Embryologie et de Génétique Humaine»(PEGH), déposé fin 2013 et qui vise à l'amélioration de l'accès et à l'évaluation des pratiques en matière d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), d'embryologie et de génétique humaines ;
- de l'actuel schéma directeur des systèmes d'information de l'Agence.

Sur tous ces contrats et plans d'actions, un bilan des objectifs sera effectué et servira de base de réflexion à l'élaboration du prochain COP.

## Optimisation de la dépense

L'Agence s'inscrit pleinement dans les objectifs de maîtrise des dépenses et des ressources humaines. Pour faire face au démarrage des activités découlant de la loi de bioéthique de 2011 et à la montée en charge des chantiers identifiés au titre des orientations stratégiques fixées par le COP 2012-2016, l'Agence a d'ores et déjà initié une démarche d'amélioration de la gestion de l'établissement qui vise à renforcer l'efficacité et la performance de l'agence.

Les travaux vont se poursuivre en 2016 plus particulièrement autour de 5 axes :

- l'amélioration de la maîtrise des risques, qu'il s'agisse des risques liés à l'activité ou aux opérations comptables et financières, voire à la gestion des situations de crise ou de conflits d'intérêt, ainsi qu'aux systèmes d'information (PSSI);

- la professionnalisation des achats tant sur le plan économique que sur celui du développement durable et de l'insertion ;
- le renforcement des systèmes d'information de l'agence qui s'appuie sur les préconisations du schéma directeur dont l'objectif est d'introduire plus de cohérence, d'optimiser les processus et les outils et de gagner en efficacité et en efficience tout en garantissant la sécurité des systèmes vitaux ;
- l'optimisation de la gestion des ressources humaines qui s'appuie notamment sur un schéma directeur validé et la mise en place d'un système d'information permettant d'améliorer les fonctionnalités de gestion des effectifs et des frais de personnels de l'Agence ;
- la poursuite de l'analyse d'activité conduisant notamment à une évolution des services de régulation et d'appui implantés en région.

Sur le plan immobilier, l'Agence de la biomédecine est locataire de l'ensemble des bureaux qu'elle occupe. S'agissant du siège de l'établissement, l'Agence a été sollicitée 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 permettra à l'Agence de la biomédecine de réduire d'environ 900 K€ les charges locatives de l'année 2016.

## FINANCEMENT DE L'ÉTAT

(en milliers d'euros)

Programme intéressé ou nature de la dépense	Réalisation 2014		LFI 2015		PLF 2016	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
<b>204 / Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</b>	<b>12 830</b>	<b>12 830</b>	<b>14 894</b>	<b>14 894</b>	<b>14 072</b>	<b>14 072</b>
Subventions pour charges de service public	12 830	12 830	14 894	14 894	14 072	14 072
<b>Total</b>	<b>12 830</b>	<b>12 830</b>	<b>14 894</b>	<b>14 894</b>	<b>14 072</b>	<b>14 072</b>

## BUDGET INITIAL 2015 DE L'OPÉRATEUR

### Compte de résultat

(en milliers d'euros)

Charges	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015	Produits	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015
Personnel	21 029	22 017	Ressources de l'État	12 829	13 331
<i>dont charges de pensions civiles</i>	246	232	- subventions de l'État	12 829	13 331
Fonctionnement	53 281	60 023	- ressources fiscales	0	0
Intervention	0	0	Autres subventions	28 060	27 751
			Ressources propres et autres	35 231	41 857
<b>Total des charges</b>	<b>74 310</b>	<b>82 040</b>	<b>Total des produits</b>	<b>76 120</b>	<b>82 939</b>
Résultat : bénéfice	1 810	899	Résultat : perte		
Total : équilibre du CR	<b>76 120</b>	<b>82 939</b>	Total : équilibre du CR	<b>76 120</b>	<b>82 939</b>

(1) voté

## Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | OPÉRATEURS

## Tableau de financement abrégé

(en milliers d'euros)

Emplois	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015	Ressources	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015
Insuffisance d'autofinancement	0	0	Capacité d'autofinancement	4 044	2 999
Investissements	2 035	2 690	Ressources de l'État		
Remboursement des dettes financières			Autres subv. d'investissement et dotations		
			Autres ressources	20	5
			Augmentation des dettes financières		
<b>Total des emplois</b>	<b>2 035</b>	<b>2 690</b>	<b>Total des ressources</b>	<b>4 064</b>	<b>3 004</b>
Apport au fonds de roulement	2 029	314	Prélèvement sur le fonds de roulement		

(1) voté

En 2016, le montant de la SCSP versée à l'ABM est fixé à 14,07 M€, soit une diminution de 0,82 M€ au regard de la SCSP inscrite en LFI 2015. Ce montant tient compte des économies attendues de l'ABM sur les dépenses de fonctionnement et de la réduction de la masse salariale, résultant de l'application du schéma d'emploi de l'agence. Elle tient compte également d'une mise à contribution du fonds de roulement de l'établissement, à hauteur de 0,6 M€.

En dehors de la SCSP, les recettes de l'Agence sont principalement constituées par une dotation globale versée par l'Assurance Maladie et des ressources propres provenant pour l'essentiel de l'activité du registre France Greffe de Moelle.

L'Agence de la biomédecine relève de l'action n°17 «qualité, sécurité et gestion des produits de santé du corps humain», sous-action n°17.2 «bioéthique et biomédecine» du programme 204 «Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins».

## DÉPENSES 2015 DE L'OPÉRATEUR PAR DESTINATION

Avertissement : les dépenses 2015 présentées par destination n'incluent pas les charges non décaissables comme les amortissements et les dépréciations d'actifs.

(En milliers d'euros)

Destination	Personnel	Fonctionnement	Intervention	Investissement	Total
Action n°17 : Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain - sous action n°17-2 "bioéthique et médecine".	22 017	57 923		2 690	<b>82 630</b>
<b>Total</b>	<b>22 017</b>	<b>57 923</b>		<b>2 690</b>	<b>82 630</b>

## CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L'OPÉRATEUR

	Réalisation 2014 (1)		LFI 2015 (2)	PLF 2016
	ETP	ETPT	ETPT	ETPT
<b>Emplois rémunérés par l'opérateur :</b>	<b>262</b>	<b>263</b>	<b>267</b>	<b>263</b>
- sous plafond	249	252	251	247
- hors plafond	13	11	16	16

(1) La réalisation 2014 reprend la présentation du RAP 2014.

(2) LFI ou LFR le cas échéant.

En 2016, le durcissement du schéma d'emplois des opérateurs implique une réduction de 50 ETP ayant un impact de - 25 ETPT en 2016. La répartition de l'effort sur les ETPT des opérateurs a été faite au prorata, après stabilisation des plafonds d'emploi des établissements dont la fusion est prévue pour le 1<sup>er</sup> janvier 2016 (il s'agit de l'EPRUS, l'INPES et l'InVS). Compte tenu de ces données, le plafond d'emploi de l'ABM est fixé à 247 ETPT, soit une diminution de 4

ETPT, au regard du plafond inscrit en LFI 2015. Ce plafond tient compte des gains attendus de l'optimisation de sa gestion par établissement,

A ce stade, le nombre des ETPT hors plafond inscrit dans le PAP 2015 est reconduit pour 2016,

Les 16 postes se répartissent comme suit :

- 2,8 destinés à la CKD REIN, cohorte de patients financées par le grand emprunt ;
- 5,3 destinés au registre EUROCORD, suivi des patients greffés à partir du sang placentaire ;
- 3,3 destinés à la participation aux projets européens ;
- 0,6 destiné au programme de coopération avec le Maroc ;
- 4,0 destinés au registre France greffe de Moelle (RFGM).

La détermination de la SCSP et du plafond d'emploi de l'ABM n'intègre pas à ce stade d'éventuels transferts de ressources associés aux transferts de compétences prévus par le projet de loi de modernisation de notre système de santé en discussion au Parlement. Cette question sera traitée en gestion 2016 lorsque la loi aura été votée.

## ADALIS - Addictions Drogues Alcool Info Service

Le GIP Adalis assure le service public d'aide à distance (téléphone et internet) pour les questions relevant des addictions (drogues, alcool, jeux d'argent et de hasard). A ce titre, il assure, en partenariat avec l'INPES pour le volet internet, la gestion des dispositifs Drogues info service, Alcool info service et Joueurs infos service. En 2016, dans le cadre du plan gouvernemental contre les conduites addictives, il met en place une ligne d'accompagnement pour les parents. La convention constitutive du GIP Adalis, arrive à échéance le 31 décembre 2015, date à laquelle le GIP sera dissous. A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'activité et les personnels du GIP seront repris par la nouvelle Agence Nationale de Santé Publique (ANSP) résultant de la fusion de l'InVS, de l'INPES et de l'EPRUS,

## BUDGET INITIAL 2015 DE L'OPÉRATEUR

### Compte de résultat

(en milliers d'euros)

Charges	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015	Produits	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015
Personnel	2 482	2 559	Ressources de l'État	0	0
<i>dont charges de pensions civiles</i>	35	0	- <i>subventions de l'État</i>	0	0
Fonctionnement	831	779	- <i>ressources fiscales</i>	0	0
Intervention	0	0	Autres subventions	3 256	3 222
			Ressources propres et autres	123	0
<b>Total des charges</b>	<b>3 313</b>	<b>3 338</b>	<b>Total des produits</b>	<b>3 379</b>	<b>3 222</b>
Résultat : bénéfice	66		Résultat : perte		116
Total : équilibre du CR	<b>3 379</b>	<b>3 338</b>	Total : équilibre du CR	<b>3 379</b>	<b>3 338</b>

(1) voté

## Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | OPÉRATEURS

## Tableau de financement abrégé

(en milliers d'euros)

Emplois	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015	Ressources	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015
Insuffisance d'autofinancement		60	Capacité d'autofinancement	223	
Investissements	31	9	Ressources de l'État		
Remboursement des dettes financières			Autres subv. d'investissement et dotations		
			Autres ressources		
			Augmentation des dettes financières		
<b>Total des emplois</b>	<b>31</b>	<b>69</b>	<b>Total des ressources</b>	<b>223</b>	
Apport au fonds de roulement	192		Prélèvement sur le fonds de roulement		69

(1) voté

## DÉPENSES 2015 DE L'OPÉRATEUR PAR DESTINATION

Avertissement : les dépenses 2015 présentées par destination n'incluent pas les charges non décaissables comme les amortissements et les dépréciations d'actifs.

(En milliers d'euros)

Destination	Personnel	Fonctionnement	Intervention	Investissement	Total
Rattachement à l'INPES	2 559	723		9	<b>3 291</b>
<b>Total</b>	<b>2 559</b>	<b>723</b>		<b>9</b>	<b>3 291</b>

## CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L'OPÉRATEUR

	Réalisation 2014 (1)		LFI 2015 (2)	PLF 2016
	ETP	ETPT	ETPT	ETPT
<b>Emplois rémunérés par l'opérateur :</b>	<b>37</b>	<b>39</b>	<b>36</b>	<b>36</b>
- sous plafond	37	39	36	36

(1) La réalisation 2014 reprend la présentation du RAP 2014.

(2) LFI ou LFR le cas échéant.

En 2016, le plafond d'emploi du GIP ADALIS reste inchangé au regard du plafond inscrit en LFI 2015. Cette stabilisation résulte du choix d'exonérer de l'effort de durcissement du schéma d'emplois, en 2016, les établissements, dont la fusion est prévue à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 (INPES, y compris le GIP ADALIS, l'InVS et l'EPRUS).

## 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) en 2012 afin de répondre aux enjeux étudiés dans le cadre des assises du médicament de 2011 suite à la crise du Médiator®. 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 reçu pour nouvelle mission d'informer, d'encourager la recherche publique 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 a été 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 s'articulant autour de cinq axes :

- favoriser un accès rapide, sécurisé et large à l'innovation et à l'ensemble des produits de santé pour les patients ;
- garantir la sécurité des produits de santé tout au long de leur cycle de vie ;
- informer et communiquer de façon transparente sur les décisions et leur processus d'élaboration ;
- renforcer la stratégie nationale et l'engagement de l'Agence à l'international ;
- renforcer l'efficacité de l'Agence et sa modernisation.

Cela doit aller de pair, conformément aux termes du COP, avec une délimitation plus précise de ses missions et une priorisation de ses actions. Ces engagements ont été formalisés dans le Contrat d'Objectifs et de Performance (COP) signé le 17 juillet 2015, Le COP 2015-2018 comprend 12 objectifs à atteindre, déclinés en 22 actions concrètes dont la mise en œuvre est suivie par 28 indicateurs,

L'ANSM s'inscrit également dans les démarches de santé publique et contribue aux différents plans et programmes de santé engagés par les pouvoirs publics.

### Gouvernance et pilotage stratégique

Le décret du 27 avril 2012 relatif à l'ANSM a modifié le mode de gouvernance de l'Agence en accordant une place primordiale aux professionnels de santé et aux patients. Les compétences du conseil d'administration et du conseil scientifique ont été renforcées, notamment en ce qui concerne la durée des missions, la composition et les modalités de consultation des commissions de l'Agence. Accompagnant la mise en œuvre des nouvelles missions, l'expertise interne est développée et le recours à l'expertise internationale accru.

Fort de ces profondes transformations, l'ANSM est entrée dans une phase de stabilisation et de consolidation dans la mise en œuvre des principes issus de la réforme.

L'enjeu aujourd'hui pour l'ANSM est de développer sa capacité à garantir la sécurité des produits de santé dans un contexte économique contraint. Les différents leviers d'optimisation des ressources, le renforcement du pilotage, les mesures de simplification et de priorisation de son intervention et de ses missions doivent contribuer à la poursuite de la modernisation de l'ANSM.

### Optimisation des ressources

L'Agence s'est réorganisée en profondeur en 2012, avec le double objectif d'une meilleure intégration des différentes compétences nécessaires au suivi des produits de santé sur leur cycle de vie et d'une amélioration du niveau de compétence interne des équipes et de l'efficacité de l'établissement. Les nouvelles priorités stratégiques de l'agence ont profondément modifié son organisation interne en redéfinissant les périmètres des nouvelles directions.

Après la profonde réforme organisationnelle de l'établissement et sa nécessaire phase de stabilisation, un dispositif global de pilotage et de contrôle interne a été mis en place visant à permettre à l'établissement de pleinement fonctionner dans son nouveau schéma organisationnel.

Cette structure de pilotage opérationnel, compte-tenu de son caractère stratégique et transversal, est placée, depuis début 2015, auprès du directeur général de l'établissement et a pour principales fonctions de :

- créer et développer des outils de pilotage de l'établissement et de dialogue de gestion;
- installer une procédure de contrôle interne, après avoir conduit une analyse des risques auxquels

l'établissement est exposé ;  
- piloter les projets prioritaires de transformation tournés vers l'amélioration de la performance de l'établissement, qu'ils concernent les aspects organisationnels ou les processus métiers.

### Optimisation de la dépense

En termes d'optimisation de ses dépenses, l'Agence poursuit sa politique d'achats, basée sur une démarche pluriannuelle de marchés, notamment en vue de rationaliser et d'anticiper les besoins. Elle s'appuie de manière croissante sur les marchés proposés par la centrale d'achat public (UGAP) et bénéficie de la compétence du Service des Achats de l'État (SAE) en participant notamment à ses groupes de travail.

Elle est pleinement engagée dans la démarche de performance immobilière, son schéma pluriannuel de stratégie immobilière 2010-2015 a été approuvé par le service France Domaine et elle poursuit la rationalisation de l'occupation de ses locaux.

En matière de rationalisation des fonctions support, l'agence a initié également des conventions juridiques et financières avec d'autres agences sanitaires (marché commun d'agence de voyages par exemple) et travaille sous l'égide du ministère de la santé à la mise en place de solutions réalistes de mutualisation inter-agences.

La mise en œuvre du décret relatif à la gestion budgétaire et comptable publique conduite sous l'égide de la Direction générale de la santé et en partenariat avec d'autres agences du domaine de la santé visant à se doter d'un outil SI et d'un hébergement commun illustre tout à fait la volonté de l'agence de s'inscrire dans une politique de mutualisation.

Le schéma directeur des systèmes d'information, approuvé en 2014, doit permettre à l'Agence de disposer à terme d'un système d'information à la fois opérationnel, réaliste et cohérent avec les moyens dont elle dispose. L'Agence ne pourra pleinement fonctionner et être efficiente que si elle se dote de systèmes d'information plus opérationnels, mieux dimensionnés aux missions et à leur environnement. Ces évolutions devront permettre de sécuriser l'activité de l'Agence et de dégager des gains de productivité. Afin de s'adapter aux projets prioritaires établis début 2015, le SDSI 2014-2018 a été redimensionné pour garantir un résultat opérationnel plus rapide, là où les gains en efficacité sont les plus significatifs, notamment en matière de gestion des flux et de traitement des données de vigilance et de surveillance.

Compte tenu des priorités fixées dans le COP, l'ANSM doit poursuivre sa modernisation et disposer d'un niveau de dépenses lui permettant de :

- de renforcer le pilotage et la réingénierie des processus internes ;
  - de favoriser la montée en compétence des collaborateurs de l'Agence ;
  - de mettre à niveau et moderniser les systèmes d'information ; poursuite de la mise en œuvre du Schéma directeur des Systèmes d'Information (SDSI) avec une actualisation et une re-priorisation afin de garantir davantage de résultats rapides ;
  - d'absorber les missions nouvelles qui lui seront confiées dans le cadre prévu par le projet de loi de modernisation de notre système de santé (notamment essais cliniques et renforcement des Dispositifs Médicaux (DM), réforme des vigilances avec le portail des vigilances et le renforcement des réseaux régionaux de matériovigilances)
  - de financer les plateformes en pharmaco-épidémiologie initiées en 2014 et dont il est nécessaire de poursuivre le développement ;
  - de maintenir le niveau de financement des réseaux de vigilance (CRPV/CEIP) et de poursuivre la montée en charge de la matériovigilance ;
  - de maintenir une enveloppe pour financer des appels à projets (équipes de recherche et associations) ;
- de poursuivre la rénovation et la modernisation des locaux de l'agence.

Conformément aux engagements pris dans le cadre du SPSI, l'Agence vise à l'amélioration de la qualité de vie au travail. De plus le classement de l'ANSM en tant qu'opérateur d'importance vitale (OIV) nécessite des améliorations constantes du contrôle humain et technique des accès.

Les principaux projets et travaux débutés en 2015 se poursuivront pour certains en 2016 :

- rénovation du restaurant d'entreprise ;
- rénovation du bâtiment c/d principal ;
- refonte des locaux du bâtiment Prisme ;
- amélioration des locaux dédiés à la gestion des flux et travaux de génie climatique sur le site de Vendargues.

## FINANCEMENT DE L'ÉTAT

(en milliers d'euros)

Programme intéressé ou nature de la dépense	Réalisation 2014		LFI 2015		PLF 2016	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
<b>204 / Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</b>	<b>102 423</b>	<b>102 423</b>	<b>119 300</b>	<b>119 300</b>	<b>116 694</b>	<b>116 694</b>
Subventions pour charges de service public	102 423	102 423	119 300	119 300	116 694	116 694
<b>Total</b>	<b>102 423</b>	<b>102 423</b>	<b>119 300</b>	<b>119 300</b>	<b>116 694</b>	<b>116 694</b>

## BUDGET INITIAL 2015 DE L'OPÉRATEUR

## Compte de résultat

(en milliers d'euros)

Charges	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015	Produits	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015
Personnel	79 089	80 300	Ressources de l'État	102 423	115 060
<i>dont charges de pensions civiles</i>	<i>3 643</i>	<i>3 638</i>	- subventions de l'État	102 423	115 060
Fonctionnement	34 134	33 956	- ressources fiscales	0	0
Intervention	16 576	14 307	Autres subventions	36	0
			Ressources propres et autres	19 892	10 979
<b>Total des charges</b>	<b>129 799</b>	<b>128 563</b>	<b>Total des produits</b>	<b>122 351</b>	<b>126 039</b>
Résultat : bénéfice			Résultat : perte	7 448	2 524
Total : équilibre du CR	<b>129 799</b>	<b>128 563</b>	Total : équilibre du CR	<b>129 799</b>	<b>128 563</b>

(1) voté

## Tableau de financement abrégé

(en milliers d'euros)

Emplois	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015	Ressources	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015
Insuffisance d'autofinancement	2 803	0	Capacité d'autofinancement	0	3 361
Investissements	9 259	8 404	Ressources de l'État	0	0
Remboursement des dettes financières			Autres subv. d'investissement et dotations	0	0
			Autres ressources	571	102
			Augmentation des dettes financières		
<b>Total des emplois</b>	<b>12 062</b>	<b>8 404</b>	<b>Total des ressources</b>	<b>571</b>	<b>3 463</b>
Apport au fonds de roulement			Prélèvement sur le fonds de roulement	11 491	4 941

(1) voté

Depuis 2012, les ressources de l'ANSM sont essentiellement constituées (90 %) par une subvention de l'État.

En 2016, le montant de la SCSP versée à l'ANSM est fixé à 116,69 M€, soit une diminution de 2,61 M€ au regard de la SCSP inscrite en LFI 2015. Ce montant tient compte des économies attendues de l'ANSM sur les dépenses hors rémunération (-1%) et de l'impact sur la masse salariale du schéma d'emploi de l'agence. Il tient compte également d'une mise à contribution du fonds de roulement, à hauteur de 1 M€.

Les autres ressources de l'Agence sont constituées principalement par des produits provenant de l'European Medicines Agency (EMA), de l'OMS, du Conseil de l'Europe, ainsi que des conventions d'études et de recherche.

Le positionnement de l'Agence au niveau européen est un enjeu très fort puisqu'il s'agit pour la France, via l'Agence, d'une part d'augmenter le poids de la présence française dans les discussions et décisions européennes et d'autre part d'augmenter sa crédibilité dans le cadre de l'évaluation des produits de santé.

## Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | OPÉRATEURS

Pour ces activités, l'Agence perçoit des redevances (les plus récentes étant celles liées au comité européen pour l'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance-PRAC) versées par l'EMA.

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.

### — DÉPENSES 2015 DE L'OPÉRATEUR PAR DESTINATION

Avertissement : les dépenses 2015 présentées par destination n'incluent pas les charges non décaissables comme les amortissements et les dépréciations d'actifs.

(En milliers d'euros)

Destination	Personnel	Fonctionnement	Intervention	Investissement	Total
Action n° 17 : Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain	80 300	25 507	14 307	8 404	<b>128 518</b>
<b>Total</b>	<b>80 300</b>	<b>25 507</b>	<b>14 307</b>	<b>8 404</b>	<b>128 518</b>

### — CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L'OPÉRATEUR

	Réalisation 2014 (1)		LFI 2015 (2)	PLF 2016
	ETP	ETPT	ETPT	ETPT
<b>Emplois rémunérés par l'opérateur :</b>	<b>1 005</b>	<b>999</b>	<b>989</b>	<b>976</b>
- sous plafond	1 003	995	983	970
- hors plafond	2	4	6	6
<i>dont contrats aidés</i>	2	4	4	4
<b>Autres emplois en fonction dans l'opérateur :</b>		<b>3</b>		
- rémunérés par d'autres collectivités ou organismes		3		

(1) La réalisation 2014 reprend la présentation du RAP 2014.

(2) LFI ou LFR le cas échéant.

En 2016, le durcissement du schéma d'emplois des opérateurs implique une réduction de 50 ETP ayant un impact de – 25 ETPT en 2016. La répartition de l'effort sur les ETPT des opérateurs a été faite au prorata, après stabilisation des plafonds d'emploi des établissements dont la fusion est prévue pour le 1<sup>er</sup> janvier 2016 (il s'agit de l'EPRUS, de l'INPES et de l'InVS). Compte tenu de ces données, le plafond d'emploi de l'ANSM est fixé à 970 ETPT, soit une diminution de 13 ETPT, au regard du plafond inscrit en LFI 2015. Ce plafond tient compte également des gains attendus de l'optimisation de sa gestion par l'agence.

A ce stade, le nombre des ETPT hors plafond inscrits dans le PAP 2015 est reconduit pour 2016,

Les 6 ETPT se répartissent comme suit :

- 4 au titre des emplois aidés (contrat unique d'insertion et contrat d'accompagnement dans l'emploi) ;
- 2 sur des ressources sous convention avec l'Etat.

La détermination de la SCSP et du plafond d'emploi de l'ANSM n'intègre pas à ce stade d'éventuels transferts de ressources associés aux transferts de compétences prévus par le projet de loi de modernisation de notre système de santé en discussion au Parlement. Cette question sera traitée en gestion 2016 lorsque la loi aura été votée,

**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'ANSES 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'ANSES 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.

### Activité de l'établissement, perspectives 2016

**Pour 2016**, les travaux demandés à l'Anses en santé environnement concerneront plusieurs actions du Plan National Santé Environnement 3 (PNSE3) 2014-2018.

Ainsi, la prise en compte du compartiment solide (sol et sédiments) des milieux, viendra en complément de l'air, de l'eau et des aliments, le domaine des environnements intérieurs où l'ANSES appuiera la DGS par son expertise sur les risques émergents (moisissures, épurateurs d'air, COVs du mobilier, etc...) et des rayonnements non ionisants (champs électromagnétiques) continueront de faire l'objet de travaux dont notamment le dossier des radiofréquences.

En 2016, l'ANSES sera sollicitée sur la poursuite des missions suivantes :

- contribution à la mise en œuvre des plans nationaux (PNSE3, Plan micropolluants) ;
- actualisation annuelle de la procédure des déclarations obligatoires prévues par la réglementation relative aux substances à l'état nanoparticulaire ;
- qualification des laboratoires chargés du contrôle sanitaire des eaux, coordination et 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 ;
- poursuite de la mise en œuvre de la réglementation européenne sur les produits chimiques (notamment du plan Ecophyto),

L'Agence sera également engagée sur des missions nouvelles, dont certaines résultent de transferts de compétence prévus dans le cadre du projet de loi de modernisation de notre système de santé :

- pilotage de la toxicovigilance assurée jusqu'à présent par l'InVS ;
- autorisations de mises sur le marché de produits biocides ;
- mise en œuvre du programme national de biosurveillance ;
- mise en œuvre de certaines dispositions du projet de loi de modernisation de notre système de santé en matière de santé-environnement.

Un des enjeux principaux pour les deux à trois ans à venir, pour améliorer les capacités d'exploitation des données collectées dans les centres anti-poison, concerne le système d'information : ce dernier doit être profondément rénové, sous l'égide de l'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé). L'Anses assurera une responsabilité centrale dans la maîtrise d'ouvrage de ce chantier.

### Financement Etat

Pour 2016, le montant de la SCSP versée à l'ANSES est fixé à 13,43 M€ soit une diminution de 0,30 M€ au regard de la SCSP inscrite en LFI 2015. Ce montant tient compte des économies attendues de l'ANSES sur les dépenses hors rémunération (-1%) et de l'impact sur la masse salariale du schéma d'emploi de l'agence. Il tient compte également d'une mise à contribution du fonds de roulement, à hauteur de 0,25 M€. Il intègre la valorisation de 131 K€ au titre du transfert du financement de 2 ETPT du programme 204 vers le programme 206 dans le cadre du transfert de l'InVS à l'ANSES de la toxicovigilance. En revanche, la SCSP n'intègre pas à ce stade d'autres transferts de ressources

associées aux transferts de compétences prévus par le projet de loi de modernisation de notre système de santé en discussion au Parlement. Cette question sera traitée en gestion 2016.

Enfin, l'ANSES bénéficie également d'autres financements sur ce programme au titre de ses missions spécifiques en matière notamment d'animation de réseau et de surveillance des eaux et qui lui seront versés par arrêtés complémentaires en cours d'année.

Au-delà du programme 204, l'ANSES reçoit également des crédits :

- du programme 206 « Sécurité et qualité de l'alimentation »,
- du programme 111 « Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail »,
- du programme 181 « Prévention des risques »
- du programme 190 « Recherche dans les domaines de l'énergie, du développement et de l'aménagement durables ».

L'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail relève de l'action n°15 «prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation» du programme 204 «Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins».

#### ■ CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L'OPÉRATEUR

	Réalisation 2014 (1)		LFI 2015 (2)	PLF 2016
	ETP	ETPT	ETPT	ETPT
<b>Emplois rémunérés par l'opérateur** :</b>	<b>1 284</b>	<b>1 278</b>	<b>1 351</b>	<b>1 355</b>
- sous plafond	1 255	1 249	1 281	1 285
- hors plafond	29	29	70	70

(1) La réalisation 2014 reprend la présentation du RAP 2014.

(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 2016, le plafond d'emploi de l'ANSÈS est augmenté de 4 ETPT par rapport à 2015 dont +2 ETPT au titre du transfert de la toxicovigilance de l'InVS à l'ANSÈS.

#### EHESP - Ecole des hautes études en santé publique

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique a été créée par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, par transformation de l'Ecole 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. 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.

#### Gouvernance et pilotage stratégique

L'IGAS a été mobilisée par le directeur de l'école dans le cadre d'un audit portant sur l'évolution de son organisation et une optimisation de son fonctionnement. Cette mission a donné lieu à la production d'un rapport, présenté aux instances, mettant en avant des pistes souhaitables quant à l'évolution de l'organisation de l'institution. Ce rapport a donné lieu à la mise en œuvre d'un plan d'efficacité, visant à optimiser le fonctionnement interne de l'école.

Par ailleurs, un travail conjoint a été initié avec les ministères de tutelle visant à déterminer un modèle de fonctionnement soutenable économiquement pour l'EHESP.

Quatre éléments majeurs sont à souligner venant directement impacter le contexte du débat d'orientation budgétaire de l'EHESP pour 2016 :

- une mise en œuvre à mi-parcours du Contrat d'Objectifs et de Performance (COP) 2014/2018;
- des nouvelles modalités imposées par la nouvelle Gestion Budgétaire et Comptable Publique (GBCP);
- une méthodologie de travail entre les diverses composantes du Conseil d'Administration visant à l'analyse de divers scénarios d'évolution du modèle économique de l'École, et au choix de l'un d'entre eux;
- des premières actions résultant du plan pluriannuel d'efficacité et d'amélioration de la performance seront proposées au débat des instances fin 2015, pour mise en œuvre en 2016.

### Activité de l'établissement en 2016

L'année 2016 sera marquée par l'aboutissement de plusieurs projets particulièrement structurants pour l'École :

> La mise en service des deux nouveaux bâtiments du campus rennais dont la construction est en cours d'achèvement :

- le bâtiment IRSET, mise en service fixée au 1<sup>er</sup> trimestre 2016 ;
- le bâtiment MSHB, livré en juin 2016, mise en service au dernier trimestre 2016.

Ces deux investissements engendrent à la fois de nouvelles charges prises en compte dans les projections budgétaires de l'exercice à venir, mais aussi une réflexion sur le devenir des actuels bâtiments et/ou surfaces libérées en tout ou partie par l'ouverture de ces bâtiments neufs.

Dans le même temps, les sites parisiens seront regroupés et optimisés sur une seule localisation à Saint Denis, en lien étroit avec l'ancrage universitaire au sein de la Comue Sorbonne Paris Cité (USPC) (cf. Infra).

>Le déploiement de l'Institut pour la Démocratie en Santé (IPDS) au sein de l'EHESP, dans le cadre d'un partenariat avec le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) et la Fédération Hospitalière Française (FHF).

> La poursuite du développement de la recherche et de l'expertise en référence aux 5 thématiques du COP en prenant appui sur ses équipes labellisées : l'Institut de Recherche sur la Santé, l'Environnement et le Travail (IRSET, UMR Inserm 1085) et le Centre de Recherches sur l'Action Politique en Europe (CRAPE, UMR 6051), l'équipe d'accueil Management des organisations de santé (MOS).

Les chaires de recherche sont pérennisées ou développées dont certaines portant sur le handicap, la promotion de la santé, le management des établissements de santé ou bien encore la Chaire jeunesse. Les 4 départements d'enseignement et de recherche de l'école sont quant à eux confortés.

> Le déploiement du numérique fait l'objet d'une attention particulière sur l'ensemble des activités de l'École, notamment pour soutenir l'innovation pédagogique.

> La mise en œuvre des premières évolutions organisationnelles issues du plan pluriannuel d'efficacité et d'amélioration de la performance : sept projets majeurs pour l'évolution des organisations de l'École, à fort impact en matière de lisibilité, de transparence des processus et d'efficacité économique, seront présentés aux instances fin 2015, à l'issue des travaux menés par les groupes – projets thématiques constitués depuis le premier trimestre 2015.

Ils portent sur les secteurs suivants :

- Rétablissement de la comptabilité analytique et construction d'un tableau de bord en appui à la stratégie du Comité de Direction ;
- Evolution du rôle stratégique de la Direction des Etudes ;
- Regroupement des équipes et des sites parisiens au sein du bâtiment George Sand de l'Université Paris 13 ;
- Réorganisation de la chaîne financière incluant la création d'un centre de service partagé des achats et /ou missions ;
- Regroupement des accueils du site rennais et création d'un guichet unique ;
- Politique hôtelière (restauration et hébergement) du site rennais ;
- Définition d'un schéma directeur immobilier pluriannuel.

Il est important de souligner que, grâce à la forte mobilisation des personnels de l'EHESP, le calendrier des réflexions engagées dans le cadre du plan pluriannuel d'efficacité et d'amélioration de la performance est respecté, et que leur aboutissement fera l'objet d'un débat régulièrement suivi devant les instances.



## Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | OPÉRATEURS

> L'EHESP s'est également engagée dans un processus d'accréditation par un organisme européen (APHEA). Les conclusions de ce processus seront connues à l'automne 2015, permettant très probablement à l'EHESP d'être accréditée sur le plan européen dès 2016.

Enfin, une attention toute particulière est aujourd'hui portée à l'organisation possible d'une rentrée unique des élèves fonctionnaires des filières Etat et hospitalière à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017. Les impacts de cette évolution sont en cours d'évaluation, et elle sera particulièrement structurante pour l'ensemble des activités de l'EHESP, tout en répondant mieux aux futures missions croisées de ces professions.

## FINANCEMENT DE L'ÉTAT

(en milliers d'euros)

Programme intéressé ou nature de la dépense	Réalisation 2014		LFI 2015		PLF 2016	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
<b>204 / Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</b>	<b>10 226</b>	<b>10 226</b>	<b>10 000</b>	<b>10 000</b>	<b>9 641</b>	<b>9 641</b>
Subventions pour charges de service public	9 426	9 426	10 000	10 000	9 641	9 641
Transferts	800	800				
<b>124 / Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative</b>	<b>353</b>	<b>353</b>				
Transferts	353	353				
<b>150 / Formations supérieures et recherche universitaire</b>	<b>1 908</b>	<b>1 908</b>	<b>2 285</b>	<b>2 285</b>	<b>2 285</b>	<b>2 285</b>
Subventions pour charges de service public	1 908	1 908	2 285	2 285	2 285	2 285
<b>Total</b>	<b>12 487</b>	<b>12 487</b>	<b>12 285</b>	<b>12 285</b>	<b>11 926</b>	<b>11 926</b>

## BUDGET INITIAL 2015 DE L'OPÉRATEUR

## Compte de résultat

(en milliers d'euros)

Charges	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015	Produits	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015
Personnel	41 107	42 726	Ressources de l'État	11 687	12 634
<i>dont charges de pensions civiles</i>	<i>3 645</i>	<i>3 891</i>	- subventions de l'État	11 687	12 634
Fonctionnement	17 729	16 109	- ressources fiscales	0	0
Intervention	0	0	Autres subventions	32 448	32 400
			Ressources propres et autres	13 165	14 372
<b>Total des charges</b>	<b>58 836</b>	<b>58 835</b>	<b>Total des produits</b>	<b>57 300</b>	<b>59 406</b>
Résultat : bénéfice		571	Résultat : perte	1 536	
Total : équilibre du CR	<b>58 836</b>	<b>59 406</b>	Total : équilibre du CR	<b>58 836</b>	<b>59 406</b>

(1) voté



Tableau de financement abrégé

(en milliers d'euros)

Emplois	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015	Ressources	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015
Insuffisance d'autofinancement	0	0	Capacité d'autofinancement	2 901	1 768
Investissements	5 344	2 562	Ressources de l'État	800	0
Remboursement des dettes financières			Autres subv. d'investissement et dotations	202	0
			Autres ressources	0	0
			Augmentation des dettes financières		
<b>Total des emplois</b>	<b>5 344</b>	<b>2 562</b>	<b>Total des ressources</b>	<b>3 903</b>	<b>1 768</b>
Apport au fonds de roulement			Prélèvement sur le fonds de roulement	1 441	794

(1) voté

En 2016, le montant de la SCSP versée à l'EHESP est fixé à 9,64 M€, soit une diminution de 0,36 M€ au regard de la SCSP inscrite en LFI 2015. Ce montant tient compte des économies attendues de l'EHESP sur les dépenses hors rémunération (-1%) et de l'impact sur la masse salariale du schéma d'emploi de l'agence. Il tient compte également d'une mise à contribution du fonds de roulement, à hauteur de 0,250 M€.

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

## DÉPENSES 2015 DE L'OPÉRATEUR PAR DESTINATION

Avertissement : les dépenses 2015 présentées par destination n'incluent pas les charges non décaissables comme les amortissements et les dépréciations d'actifs.

(En milliers d'euros)

Destination	Personnel	Fonctionnement	Intervention	Investissement	Total
Action n°11: "Pilotage de la politique de santé publique" - sous action n°11.4 : "EHESP"	42 726	14 159	0	2 562	<b>59 447</b>
<b>Total</b>	<b>42 726</b>	<b>14 159</b>	<b>0</b>	<b>2 562</b>	<b>59 447</b>

## CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L'OPÉRATEUR

	Réalisation 2014 (1)		LFI 2015 (2)	PLF 2016
	ETP	ETPT	ETPT	ETPT
<b>Emplois rémunérés par l'opérateur :</b>	<b>387</b>	<b>387</b>	<b>400</b>	<b>396</b>
- sous plafond	327	327	329	325
- hors plafond	60	60	71	71
<i>dont contrats aidés</i>		6		
<b>Autres emplois en fonction dans l'opérateur :</b>		<b>25</b>		<b>76</b>
- rémunérés par l'État par d'autres programmes		25		34
- rémunérés par d'autres collectivités ou organismes				42

(1) La réalisation 2014 reprend la présentation du RAP 2014.

(2) LFI ou LFR le cas échéant.

En 2016, le durcissement du schéma d'emplois des opérateurs implique une réduction de 50 ETP ayant un impact de -25 ETPT en 2016. La répartition de l'effort sur les ETPT des opérateurs a été faite au prorata, après stabilisation des plafonds d'emploi des établissements dont la fusion est prévue pour le 1<sup>er</sup> janvier 2016 (il s'agit de l'EPRUS, de l'INPES et de l'InVS). Compte tenu de ces données, le plafond d'emploi de l'EHESP est fixé à 325 ETPT, soit une diminution de 4 ETPT, au regard du plafond inscrit en LFI 2015. Ce plafond tient compte également des gains attendus de l'optimisation de sa gestion par l'école.

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

A ce stade, le nombre des ETPT hors plafond inscrit dans le PAP 2015 est reconduit pour 2016,

Les 71 ETPT hors plafond correspondent aux personnels recrutés notamment dans le cadre de projets de recherche ainsi qu'à des contrats aidés.

### EPRUS - Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

Créé par la loi n°2007-294 du 5 mars 2007 relative à la « préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur », et le décret n° 2007-1273 du 27 août 2007 pris en l'application de celle-ci, l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) répond au besoin, notamment après le retour d'expérience sur l'épidémie de Chikungunya à la Réunion en 2005/2006, de structurer et rassembler au sein d'un même opérateur les capacités de réponse sanitaires tant humaines que matérielles de l'État. Cet établissement public administratif, placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé, a pour principale mission la gestion des moyens de lutte contre les menaces sanitaires graves, ce qui se traduit par :

- l'acquisition, fabrication, importation, stockage, distribution et exportation de produits et services nécessaires à la protection de la population face à des menaces sanitaires graves ;
- la gestion administrative et financière de la réserve sanitaire : recrutement, formation, équipement, mobilisation, animation du réseau

#### Gouvernance et pilotage stratégique

Après un contrat d'objectifs et de performance (COP) sur la période 2011-2013, un nouveau COP Etat-EPRUS a été approuvé par le conseil d'administration du 21 mars 2014, et a été signé le 13 juin 2014 par le Directeur général de la santé et le Directeur général de l'EPRUS. Conclu pour une période de deux ans, afin de se recentrer sur la programmation triennale de la sécurité sociale, il définit les objectifs de l'EPRUS jusqu'au 31 décembre 2015. Ces objectifs s'articulent autour des quatre orientations stratégiques suivantes :

- Optimiser la gestion des stocks stratégiques de l'État ;
- Maintenir en capacité opérationnelle la réserve sanitaire par la mise en œuvre du cadre d'emploi ;
- Apporter un appui à la gestion des moyens des établissements de santé et des Agences régionales de santé (ARS) ;
- Optimiser l'organisation et l'efficacité de l'établissement.

#### Activité de l'établissement et perspectives 2016

L'année 2015 se caractérise par la montée en capacité de la plateforme centralisée des stocks stratégiques de produits de santé. Les opérations de transfert des stocks entreposés chez des sous-traitants sont en cours de réalisation et s'accompagnent d'une demande auprès de l'ANSM d'autorisation d'ouverture d'un établissement de stockage pharmaceutique .

Les capacités de stockage outre-mer, par conventionnement, continuent de s'accroître. Les stocks stratégiques sont pré-positionnés sur ces territoires particulièrement sensibles aux crises sanitaires.

Par ailleurs, au titre des plans d'urgence sanitaire, l'EPRUS continue d'entretenir, en liaison avec le département des urgences sanitaires (DUS) de la Direction générale de la santé (DGS), des stocks en quantité correspondant à la nature de la menace et à la proportion de la population potentiellement exposée sur le territoire national. Ces stocks concernent des médicaments (antiviraux, antidotes, vaccins...), des dispositifs médicaux, du petit matériel, des équipements de protection individuelle, des consommables, etc. Leur renouvellement se poursuit sur instruction du département des urgences sanitaires (DUS) de la Direction générale de la santé (DGS). Des marchés de réservation et d'acquisition de vaccins pandémiques sont en cours de passation (deux marchés sont en phase de réception des offres, le troisième est infructueux, en raison d'absence de candidature).

Pour ce qui est de la réserve sanitaire, elle a vu sa charge de travail s'accroître de façon très significative, au cours du second semestre 2014 et en 2015. Cette augmentation est le résultat à la fois d'une forte augmentation de réservistes sanitaires à gérer (2078 en janvier 2015 contre 979 en janvier 2013) et d'un accroissement du recours à ce dispositif pour la gestion des crises sanitaires tant en France qu'à l'étranger. Depuis le début 2015, ce sont déjà 8 opérations qui ont été initiées et qui s'ajoutent aux 5 missions de 2014 se poursuivant en 2015. Par ailleurs, la formation des

réservistes se développe. Le rythme des formations a été renforcé pour prendre en compte les nouvelles menaces (Ebola en particulier). Les exercices de terrain sont également en augmentation (3 exercices pour le premier semestre 2015 contre 2 exercices par an les années précédentes). Cet accroissement global d'activité nécessite également de développer les achats, en particulier en raison d'une rotation des stocks beaucoup plus importante.

En outre, les deux commissions spécialisées, installées auprès du Directeur général de l'EPRUS, élaborent des recommandations et spécifications qui sont prises en compte dans l'exécution des missions de l'EPRUS.

- la commission «Conduite et moyens sanitaires opérationnels» étudie l'optimisation et la modernisation des moyens tactiques mis en place dans les établissements de santé,

- la commission «Formation spécialisées des professionnels de santé» est chargée de définir les référentiels nécessaires pour l'intervention des professionnels de santé en situation de crise sanitaire exceptionnelle.

**En 2016**, en application de dispositions prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé, l'EPRUS devrait fusionner avec l'InVS et l'INPES dans le cadre de la création de l'Agence Nationale de Santé Publique (ANSP), établissement public reprenant l'ensemble des missions et des moyens de ces agences et dédié à la protection des populations. Cette fusion qui ne remet pas en cause les deux principales missions, relatives à la gestion du stock stratégique national de produits de santé et à la gestion de la réserve sanitaire devrait avoir un impact, sur le dimensionnement des fonctions support. Les gains d'efficacité attendus de la création de l'ANSP permettront des économies différées dont l'impact sera pris en compte à partir de 2017.

L'obtention du **statut d'établissement pharmaceutique** pour la plateforme de stockage de Marolles, envisagé pour fin 2015, devrait parachever le schéma de stockage articulé, en métropole, autour d'une plateforme nationale et de sept autres plateformes zonales. Dans le même temps, le schéma de stockage outre-mer devra être finalisé, avec mise en place de plateformes de proximité dans l'océan indien afin de garantir la protection de l'ensemble de la population ultra-marine.

En parallèle, le plan de rationalisation du renouvellement des produits sera poursuivi afin de continuer à lisser les acquisitions en produits de santé sur la durée de leur validité.

Pour la **réserve sanitaire**, outre la poursuite de recrutements ciblés en adéquation avec le cadre d'emploi, l'établissement poursuivra le développement du parcours de formation des réservistes en lien avec des partenaires tels que l'EHESP.

En ce qui concerne son domaine d'expertise, l'EPRUS continuera d'**apporter son appui** aux préfetures et Agences régionales de santé (ARS), chargées d'élaborer les plans de distribution des produits appartenant aux stocks stratégiques (circulaire d'août 2013). En outre, le système de gestion des stocks tactiques, actuellement en phase de validation fonctionnelle, sera déployé au niveau des ARS, ARSZ et des 120 établissements sièges de SAMU.

## FINANCEMENT DE L'ÉTAT

(en milliers d'euros)

Programme intéressé ou nature de la dépense	Réalisation 2014		LFI 2015		PLF 2016	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
<b>204 / Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</b>	<b>16 167</b>	<b>16 167</b>	<b>10 700</b>	<b>10 700</b>	<b>10 599</b>	<b>10 599</b>
Subventions pour charges de service public	16 167	16 167	10 700	10 700	10 599	10 599
<b>Total</b>	<b>16 167</b>	<b>16 167</b>	<b>10 700</b>	<b>10 700</b>	<b>10 599</b>	<b>10 599</b>

## Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | OPÉRATEURS

## BUDGET INITIAL 2015 DE L'OPÉRATEUR

## Compte de résultat

(en milliers d'euros)

Charges	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015	Produits	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015
Personnel	2 931	3 006	Ressources de l'État	16 166	9 880
<i>dont charges de pensions civiles</i>	<i>154</i>	<i>153</i>	- subventions de l'État	16 166	9 880
Fonctionnement	43 173	40 184	- ressources fiscales	0	0
Intervention	0	0	Autres subventions	22 200	15 257
			Ressources propres et autres	926	700
<b>Total des charges</b>	<b>46 104</b>	<b>43 190</b>	<b>Total des produits</b>	<b>39 292</b>	<b>25 837</b>
Résultat : bénéfice			Résultat : perte	6 812	17 353
Total : équilibre du CR	<b>46 104</b>	<b>43 190</b>	Total : équilibre du CR	<b>46 104</b>	<b>43 190</b>

(1) voté

## Tableau de financement abrégé

(en milliers d'euros)

Emplois	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015	Ressources	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015
Insuffisance d'autofinancement	0	15 854	Capacité d'autofinancement	11 974	0
Investissements	13 939	570	Ressources de l'État	0	0
Remboursement des dettes financières	0	0	Autres subv. d'investissement et dotations	0	0
			Autres ressources	17	0
			Augmentation des dettes financières	0	0
<b>Total des emplois</b>	<b>13 939</b>	<b>16 424</b>	<b>Total des ressources</b>	<b>11 991</b>	<b>0</b>
Apport au fonds de roulement			Prélèvement sur le fonds de roulement	1 948	16 424

(1) voté

En 2016, le montant de la SCSP versée à l'EPRUS est fixé à 10,60 M€, soit une diminution de 0,1 M€ au regard de la SCSP inscrite en LFI 2015. Ce montant tient compte des économies attendues de l'EPRUS sur ses dépenses hors rémunérations (-1%) conformément à la lettre de cadrage du 24 avril 2015,

En dehors de la SCSP, les recettes de l'Agence sont principalement constituées par une dotation globale versée par l'Assurance Maladie.

La SCSP de l'EPRUS relève de l'action n°16 «Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires» du programme 204 «Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins».

## DÉPENSES 2015 DE L'OPÉRATEUR PAR DESTINATION

Avertissement : les dépenses 2015 présentées par destination n'incluent pas les charges non décaissables comme les amortissements et les dépréciations d'actifs.

(En milliers d'euros)

Destination	Personnel	Fonctionnement	Intervention	Investissement	Total
Epidémiologie		865			<b>865</b>
Etablissement	2 698	1 876		170	<b>4 744</b>
NRBC		5 269			<b>5 269</b>
Pandémie grippale		18 550			<b>18 550</b>
Réserve sanitaire	308	2 194		400	<b>2 902</b>
Transversal produits de santé		9 929			<b>9 929</b>
<b>Total</b>	<b>3 006</b>	<b>38 683</b>		<b>570</b>	<b>42 259</b>

## CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L'OPÉRATEUR

	Réalisation 2014 (1)		LFI 2015 (2)	PLF 2016
	ETP	ETPT	ETPT	ETPT
<b>Emplois rémunérés par l'opérateur :</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>
- sous plafond	30	30	30	30

(1) La réalisation 2014 reprend la présentation du RAP 2014.

(2) LFI ou LFR le cas échéant.

En 2016, le plafond d'emploi de l'EPRUS reste inchangé au regard du plafond d'emplois inscrit en LFI 2015, soit 30 ETPT. Cette stabilisation résulte du choix d'exonérer de l'effort de durcissement du schéma d'emplois, en 2016 les établissements dont la fusion est prévue à compter du 1<sup>er</sup> janvier (INPES, InVS, EPRUS). A compter de 2017, la création de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) devra conduire à des gains d'efficacité permettant notamment de réduire les effectifs de la nouvelle agence.

## INCa - Institut National du Cancer

Agence sanitaire et scientifique de référence en cancérologie, l'Institut National du Cancer (INCa) a une mission générale de coordination des actions de lutte contre le cancer.

L'INCa est chargé de :

- Produire des expertises pour le compte des pouvoirs publics, ainsi que des référentiels, recommandations et rapports, destinés aux professionnels de santé et à la population générale ;
- Définir la programmation de la recherche contre le cancer et la financer via des appels à projet, en concertation avec l'institut thématique multi-organisme (ITMO) Cancer de l'alliance AVIESAN ;
- Contribuer à la conduite de la politique de lutte contre le cancer (prévention, dépistage, organisation des soins, vie pendant et après le cancer) en lien avec les directions concernées du ministère de la Santé ;
- Développer et participer à des partenariats européens et internationaux en matière de recherche et de lutte contre le cancer ;
- Piloter et coordonner la mise en œuvre des Plans cancer pour le comité de pilotage interministériel.

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

L'Institut national du cancer pilote le troisième plan cancer qui 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.

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 4 axes stratégiques, 7 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 Cancer;

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.

L'INCa s'est également doté d'un projet d'établissement couvrant la période 2012-2015. Il sera évalué d'ici la fin de l'année 2015 et actualisé pour le mettre en cohérence avec le COP. Il comporte trois axes :

- conforter le positionnement de l'INCa en tant qu'agence d'expertise et sanitaire de référence ;
- poursuivre, déployer et améliorer la lisibilité des missions et des actions de l'INCa ;
- adapter la gouvernance de l'INCa aux enjeux actuels de transparence, de qualité et d'efficacité.

Le cadre organisationnel défini par le projet d'établissement a permis, depuis juin 2012, de renforcer les missions prioritaires de l'Institut, autour d'un nombre resserré de directions, d'une clarification des fonctions d'appui et de support, et d'une organisation favorisant le décloisonnement et la transversalité.

### Activités de l'établissement en 2016

L'année 2016 sera la deuxième année pleine de mise en œuvre du troisième plan cancer présenté par le Président de la République en février 2014. Cette année située à presque mi-plan sera déterminante pour la réussite du troisième plan cancer. C'est en effet en 2016 qu'il sera nécessaire d'engager les actions un peu lourdes pour qu'elles puissent s'achever en 2019 comme le prévoit le plan.

Les objectifs de l'Institut pour l'année à venir seront les suivants :

- conforter son rôle de pilote opérationnel du troisième plan cancer et confirmer une dynamique forte en lien avec l'ensemble des membres du GIP ;
- préparer le plan d'action 2016 à la lumière des missions et priorités suivantes :
- lutter contre les pertes de chance en réduisant les inégalités de prévention et de prise en charge et en promouvant la qualité des soins ;
- mettre en œuvre la stratégie nationale de recherche en cancérologie et participer au renforcement de la recherche en prévention primaire et de l'information sur les risques ;
- participer à la mise en œuvre du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) en pilotant la plateforme de recherche (intitulée «PRIORITE TABAC») du PNRT dans une approche transversale et intégrée ;
- renforcer le pilotage et clarifier les missions des organisations dédiées au cancer mises en place dans le cadre des plans antérieurs, en particulier les structures de gestion mais aussi les cancéropôles, les SIRIC, les réseaux régionaux, les centres experts, etc.;
- approfondir la capacité d'observation et d'expertise de l'Institut en mettant à profit de nouvelles sources d'information, notamment la Cohorte Cancer du Système national d'information inter-régimes de l'assurance-maladie (SNIIRAM). Cet axe sera d'autant plus important dans la mise en œuvre du droit à l'oubli.
- renforcer les connaissances sur les cancers des enfants et adolescents, et leur assurer une prise en charge de qualité égale notamment en leur facilitant l'accès aux innovations.

L'année 2016 sera aussi l'occasion de conforter l'action de l'INCa en faveur de la médecine personnalisée qui concerne aussi bien la prévention, les dépistages, l'accès aux soins, les traitements médicamenteux guidés par la biologie que l'information des publics.

### Optimisation de la dépense

En 2016, 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.

Les missions de l'INCa seront également impactées par la recherche d'économies sur certaines dépenses de recherche et développement, d'études et de communication, ainsi que par l'ajustement des budgets et des échéances des appels à projets et de certaines subventions de structures. Cela permettra de dégager des marges de manœuvre pour les nouvelles actions impulsées par le nouveau plan.

## FINANCEMENT DE L'ÉTAT

(en milliers d'euros)

Programme intéressé ou nature de la dépense	Réalisation 2014		LFI 2015		PLF 2016	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
<b>204 / Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</b>	<b>42 096</b>	<b>42 096</b>	<b>54 200</b>	<b>54 200</b>	<b>47 747</b>	<b>47 747</b>
Subventions pour charges de service public	42 096	42 096	54 200	54 200	47 747	47 747
Transferts	0	0				
<b>Total</b>	<b>42 096</b>	<b>42 096</b>	<b>54 200</b>	<b>54 200</b>	<b>47 747</b>	<b>47 747</b>

## BUDGET INITIAL 2015 DE L'OPÉRATEUR

### Compte de résultat

(en milliers d'euros)

Charges	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015	Produits	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015
Personnel	13 274	14 330	Ressources de l'État	42 096	50 453
<i>dont charges de pensions civiles</i>	236	250	- subventions de l'État	42 096	50 453
Fonctionnement	13 526	19 313	- ressources fiscales	0	0
Intervention	59 832	66 631	Autres subventions	44 413	43 885
			Ressources propres et autres	1 604	1 312
<b>Total des charges</b>	<b>86 632</b>	<b>100 274</b>	<b>Total des produits</b>	<b>88 113</b>	<b>95 650</b>
Résultat : bénéfice	1 481		Résultat : perte		4 624
Total : équilibre du CR	<b>88 113</b>	<b>100 274</b>	Total : équilibre du CR	<b>88 113</b>	<b>100 274</b>

(1) voté

## Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | OPÉRATEURS

## Tableau de financement abrégé

(en milliers d'euros)

Emplois	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015	Ressources	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015
Insuffisance d'autofinancement	0	4 465	Capacité d'autofinancement	1 699	0
Investissements	195	240	Ressources de l'État	0	0
Remboursement des dettes financières	0	0	Autres subv. d'investissement et dotations	0	0
			Autres ressources	8	0
			Augmentation des dettes financières	0	0
<b>Total des emplois</b>	<b>195</b>	<b>4 705</b>	<b>Total des ressources</b>	<b>1 707</b>	<b>0</b>
Apport au fonds de roulement	1 512		Prélèvement sur le fonds de roulement		4 705

(1) voté

En 2016, le montant de la SCSP versée à l'INCa est fixé à 47,74 M€, soit une diminution de 6,45 M€ au regard de la SCSP inscrite en LFI 2015. Ce montant tient compte des économies attendues de l'INCa sur les dépenses hors rémunération (-1%) et de l'impact sur la masse salariale du schéma d'emploi de l'agence. Il tient compte également d'une mise à contribution du fonds de roulement, à hauteur de 5,89 M€.

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

## DÉPENSES 2015 DE L'OPÉRATEUR PAR DESTINATION

Avertissement : les dépenses 2015 présentées par destination n'incluent pas les charges non décaissables comme les amortissements et les dépréciations d'actifs.

(En milliers d'euros)

Destination	Personnel	Fonctionnement	Intervention	Investissement	Total
Autres fonctions d'appui aux métiers	968	495	393		<b>1 856</b>
Fonctions de pilotage et de support	3 409	5 245		240	<b>8 894</b>
Information des publics	1 656	6 280	40		<b>7 976</b>
Innovations thérapeutiques	761	98	11 574		<b>12 433</b>
Observation et évaluation en santé publique	1 021	338	6 117		<b>7 476</b>
Organisation et qualité des soins	3 008	1 522	1 697		<b>6 227</b>
Prévention et dépistage	1 717	1 326	2 022		<b>5 065</b>
Recherche clinique	662	1 179	10 043		<b>11 884</b>
Recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique	473	550	7 036		<b>8 059</b>
Recherche fondamentale, translationnelle et intégrée	655	2 120	27 709		<b>30 484</b>
<b>Total</b>	<b>14 330</b>	<b>19 153</b>	<b>66 631</b>	<b>240</b>	<b>100 354</b>

## CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L'OPÉRATEUR

	Réalisation 2014 (1)		LFI 2015 (2)	PLF 2016
	ETP	ETPT	ETPT	ETPT
<b>Emplois rémunérés par l'opérateur :</b>	<b>159</b>	<b>161</b>	<b>163</b>	<b>161</b>
- sous plafond	153	154	151	149
- hors plafond	6	7	12	12
<b>Autres emplois en fonction dans l'opérateur :</b>		<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
- rémunérés par d'autres collectivités ou organismes		3	0	3

(1) La réalisation 2014 reprend la présentation du RAP 2014.

(2) LFI ou LFR le cas échéant.



En 2016, le durcissement du schéma d'emplois des opérateurs implique une réduction de 50 ETP ayant un impact de – 25 ETPT en 2016. La répartition de l'effort sur les ETPT des opérateurs a été faite au prorata, après stabilisation des plafonds d'emploi des établissements dont la fusion est prévue pour le 1<sup>er</sup> janvier 2016 (il s'agit de l'EPRUS, de l'INPES et de l'InVS). Compte tenu de ces données, le plafond d'emploi de l'INCa est fixé à 149 ETPT, soit une diminution de 2 ETPT, au regard de celui inscrit en LFI 2015. Ce plafond tient compte également des gains attendus de l'optimisation de sa gestion par établissement.

A ce stade, le nombre d'emplois hors plafond inscrit dans le PAP 2015 est reconduit pour 2016, soit 12 ETPT. Ils correspondent à des missions antérieurement exercées par les partenaires de l'INCa (Ligue contre le cancer, Unicancer) et permettent également au GIP de renforcer sa participation internationale via les appels à projets européens d'Horizon 2020 et le développement des partenariats.

## INPES - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

En 2016, l'INPES sera au cœur de la réorganisation des agences sanitaires prévue par la loi de modernisation de notre système de santé publique en discussion au Parlement. Cette loi prévoit la création de l'Agence de Santé Publique (ANSP), établissement public reprenant l'ensemble des missions et des moyens de l'InVS, l'INPES et l'EPRUS, et dédié à la protection des populations.

Le Directeur général de l'INPES par intérim a été désigné, par lettre de mission du 25 septembre 2014, comme préfigurateur de cette nouvelle agence. A ce titre, il a remis un rapport à la ministre chargée de la santé proposant les orientations prioritaires de travail pour le nouvel établissement.

L'objectif est de renforcer la prévention primaire en développant les synergies entre les résultats de la surveillance de l'état de santé de la population et les actions de prévention à conduire. De nombreuses concertations notamment avec les personnels des trois établissements ont permis de dessiner les lignes de forces du futur établissement.

Le futur établissement devra en 2016, à travers une programmation stratégique, mettre en cohérence les programmes de travail des trois établissements publics qui fusionnent et déterminer des priorités d'actions. Au plan de la mise en place de la nouvelle organisation, les chantiers de convergence en cours devront s'achever début 2016. Ils comporteront un volet social pour accompagner la transition.

Pour poursuivre durablement l'amélioration de la performance de l'action publique dans ce domaine, un nouveau contrat d'objectifs avec l'État, associant fortement l'assurance maladie, sera élaboré en 2016. Il comportera un volet relatif aux opérations immobilières pour la future agence visant à regrouper l'ensemble des équipes actuellement sur Saint Denis (93) et Saint Maurice (94).

### Gouvernance et pilotage stratégique

Dans la perspective de la fusion INPES, InVS, EPRUS au sein de l'ANSP, le Contrat d'Objectifs et de Performance (COP) de l'INPES a été prolongé par un avenant en date du 03 décembre 2014.

Ce contrat d'objectifs et de performance, comporte 5 orientations stratégiques, 15 axes de progrès et 35 objectifs de performance suivis par 18 indicateurs de performance.

Les 5 orientations stratégiques du COP sont :

- la définition des stratégies de prévention, de promotion et d'éducation à la santé les plus adaptées afin de contribuer à l'atteinte des objectifs de la politique nationale de santé ;
- l'organisation et le renforcement de la compétence scientifique au service des missions de l'Institut ;
- le développement du rôle de référent de l'INPES pour faciliter la déclinaison régionale par les Agences Régionales de Santé (ARS) de la politique nationale de santé ;
- le renforcement des capacités de réponse de l'Institut en situation d'urgence sanitaire ou exceptionnelle ;
- le renforcement de l'efficacité de l'établissement et l'optimisation de son fonctionnement pour l'adapter aux choix stratégiques et aux enjeux futurs.

## Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | OPÉRATEURS

## FINANCEMENT DE L'ÉTAT

(en milliers d'euros)

Programme intéressé ou nature de la dépense	Réalisation 2014		LFI 2015		PLF 2016	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
<b>204 / Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</b>	<b>21 195</b>	<b>21 195</b>	<b>24 000</b>	<b>24 000</b>	<b>23 791</b>	<b>23 791</b>
Subventions pour charges de service public	21 195	21 195	24 000	24 000	23 791	23 791
<b>Total</b>	<b>21 195</b>	<b>21 195</b>	<b>24 000</b>	<b>24 000</b>	<b>23 791</b>	<b>23 791</b>

## BUDGET INITIAL 2015 DE L'OPÉRATEUR

## Compte de résultat

(en milliers d'euros)

Charges	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015	Produits	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015
Personnel	10 014	10 710	Ressources de l'État	27 440	27 703
<i>dont charges de pensions civiles</i>	<i>380</i>	<i>334</i>	- subventions de l'État	<i>21 195</i>	<i>22 313</i>
Fonctionnement	5 030	49 700	- ressources fiscales	6 245	5 390
Intervention	65 870	17 091	Autres subventions	46 450	45 233
			Ressources propres et autres	1 060	1 662
<b>Total des charges</b>	<b>80 914</b>	<b>77 501</b>	<b>Total des produits</b>	<b>74 950</b>	<b>74 598</b>
Résultat : bénéfice			Résultat : perte	5 964	2 903
Total : équilibre du CR	<b>80 914</b>	<b>77 501</b>	Total : équilibre du CR	<b>80 914</b>	<b>77 501</b>

(1) voté

## Tableau de financement abrégé

(en milliers d'euros)

Emplois	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015	Ressources	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015
Insuffisance d'autofinancement	5 209	1 255	Capacité d'autofinancement		
Investissements	1 084	1 500	Ressources de l'État		
Remboursement des dettes financières			Autres subv. d'investissement et dotations		
			Autres ressources		
			Augmentation des dettes financières		
<b>Total des emplois</b>	<b>6 293</b>	<b>2 755</b>	<b>Total des ressources</b>		
Apport au fonds de roulement			Prélèvement sur le fonds de roulement	6 293	2 755

(1) voté

En 2016, le montant de la SCSP versée à l'INPES est fixé à 23,79 M€, soit une diminution de 0,21 M€ au regard de la SCSP inscrite en LFI 2015. Ce montant tient compte des économies attendues de l'INPES sur ses dépenses hors rémunérations (-1%). Les gains d'efficacité attendus de la création de l'ANSP permettront des économies différées dont l'impact sera pris en compte à partir de 2017.

La SCSP de l'INPES relève de l'action n°12 « Accès à la santé et éducation à la santé » du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ».

## — DÉPENSES 2015 DE L'OPÉRATEUR PAR DESTINATION

Avertissement : les dépenses 2015 présentées par destination n'incluent pas les charges non décaissables comme les amortissements et les dépréciations d'actifs.

(En milliers d'euros)

Destination	Personnel	Fonctionnement	Intervention	Investissement	Total
Action n°12 : Accès à la santé et éducation à la santé"	10 710	47 400	17 091	1 500	<b>76 701</b>
<b>Total</b>	<b>10 710</b>	<b>47 400</b>	<b>17 091</b>	<b>1 500</b>	<b>76 701</b>

## — CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L'OPÉRATEUR

	Réalisation 2014 (1)		LFI 2015 (2)	PLF 2016
	ETP	ETPT	ETPT	ETPT
<b>Emplois rémunérés par l'opérateur :</b>	<b>132</b>	<b>130</b>	<b>132</b>	<b>132</b>
- sous plafond	128	126	127	127
- hors plafond	4	4	5	5

(1) La réalisation 2014 reprend la présentation du RAP 2014.

(2) LFI ou LFR le cas échéant.

En 2016, le plafond d'emploi de l'INPES reste inchangé au regard du plafond d'emplois inscrit en LFI 2015, soit 127 ETPT. Cette stabilisation résulte du choix d'exonérer de l'effort de durcissement du schéma d'emplois, en 2016 les établissements dont la fusion est prévue à compter du 1<sup>er</sup> janvier (INPES, InVS, EPRUS). A compter de 2017, la création de l'ANSP devra conduire à des gains d'efficacité permettant notamment de réduire les effectifs de la nouvelle agence,

A ce stade, le nombre des ETPT hors plafond inscrit dans le PAP2015 est reconduit pour 2016, soit 5 ETPT. Ces emplois sont liés aux conventions CNAV et CNSA,

## InVS - Institut de veille sanitaire

L'Institut de veille sanitaire (InVS), établissement public de l'État, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé et du ministre chargé du budget, a pour missions (art. L1413-2 du code de la santé publique):

- la surveillance et l'observation permanentes de l'état de santé de la population. A ce titre, il participe au recueil et au traitement de données sur l'état de santé de la population à des fins épidémiologiques, en s'appuyant notamment sur des correspondants publics et privés faisant partie d'un réseau national de santé publique ;
- la veille et la vigilance sanitaires.

A ce titre, l'institut est chargé :

- de rassembler, analyser et actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution ;
- de détecter de manière prospective les facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse ;
- d'étudier et de répertorier, pour chaque type de risque, les populations les plus fragiles ou menacées.

Il peut également assurer des fonctions de veille sanitaire pour l'Union européenne, des organisations internationales et des pays tiers, avec l'accord du ministre chargé de la santé. Au niveau national, l'INVS assure :

- l'alerte sanitaire. L'Institut informe sans délai le ministre chargé de la santé en cas de menace pour la santé de la population ou de certaines de ses composantes, quelle qu'en soit l'origine, et il lui recommande toute mesure ou action appropriée pour prévenir la réalisation ou atténuer l'impact de cette menace ;

- une contribution à la gestion des situations de crise sanitaire.

L'Institut participe, dans le cadre de ses missions, à l'action européenne et internationale de la France, et notamment à des réseaux de santé publique.

En 2016, la mission toxicovigilance est transférée à l'ANSÈS. Ce transfert se concrétisera pour l'InVS par un transfert de – 2ETPT et de -0,131 K€ correspondant à la masse salariale associée.

### **Gouvernance et pilotage stratégique**

En 2016, l'InVS sera au cœur de la réorganisation des agences sanitaires prévue par la loi de modernisation de notre système de santé publique en discussion au Parlement. Cette loi prévoit la création de l'Agence de Santé Publique (ANSP), établissement public reprenant l'ensemble des missions et des moyens de l'InVS, l'INPES et l'EPRUS, et dédié à la protection des populations.

Le Directeur général de l'InVS a été désigné, par lettre de mission du 25 septembre 2014, comme préfigurateur de cette nouvelle agence. A ce titre, il a remis un rapport à la ministre chargée de la santé proposant les orientations prioritaires de travail pour le nouvel établissement.

L'objectif est de renforcer la prévention primaire en développant les synergies entre les résultats de la surveillance de l'état de santé de la population et les actions de prévention à conduire. De nombreuses concertations notamment avec les personnels des trois établissements ont permis de dessiner les lignes de forces du futur établissement. Le futur établissement devra en 2016, à travers une programmation stratégique, mettre en cohérence les programmes de travail des trois établissements publics qui fusionnent et déterminer des priorités d'actions.

Les chantiers de convergence en cours devront s'achever début 2016. Il comportera un volet social pour accompagner la transition. Pour poursuivre durablement l'amélioration de la performance de l'action publique dans ce domaine, un nouveau contrat d'objectifs avec l'État, associant à son élaboration fortement l'assurance maladie, sera élaboré en 2016. Il comportera un volet relatif aux opérations immobilières pour la future agence visant à regrouper l'ensemble des équipes actuellement sur Saint Denis (93) et Saint Maurice (94).

Le contrat d'objectifs et de performance (COP), couvrant la période 2014-2017, repose sur les quatre orientations stratégiques suivantes :

- faire évoluer la stratégie de surveillance de l'Institut en priorisant les champs et en mobilisant les outils adaptés ;
- renforcer l'organisation de la surveillance, de la veille et de l'alerte sanitaires régionales et y consolider (en le précisant) le rôle de l'InVS ;
- garantir la réactivité et la capacité d'anticipation de l'Institut en valorisant des méthodes scientifiques appropriées et innovantes et en optimisant les outils ;
- améliorer l'efficacité de l'Institut, y compris en situation de crise.

### **Optimisation des dépenses**

Enfin, l'InVS met en œuvre l'ensemble des mesures transversales applicables aux opérateurs, au premier rang desquelles figurent la participation à l'effort de redressement des comptes publics, la participation au plan climat-énergie territorial pour la réduction des émissions des gaz à effet de serre, le plan de rationalisation de la gestion du parc automobile et l'adhésion aux différentes conventions proposées par le Service des achats de l'Etat (SAE) sur les segments d'achats nécessaires à l'activité de l'Institut.

L'InVS s'est doté depuis plusieurs années d'un schéma pluriannuel de stratégie immobilière, lui ayant permis de regrouper ses personnels sur un seul site tout en réduisant ses dépenses de fonctionnement. Les travaux conduits dans ce cadre seront repris et poursuivis par la nouvelle agence qui devrait s'installer sur le site de l'InVS à Saint-Maurice.

## FINANCEMENT DE L'ÉTAT

(en milliers d'euros)

Programme intéressé ou nature de la dépense	Réalisation 2014		LFI 2015		PLF 2016	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
<b>204 / Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</b>	<b>49 511</b>	<b>49 511</b>	<b>54 300</b>	<b>54 300</b>	<b>55 652</b>	<b>55 652</b>
Subventions pour charges de service public	49 469	49 469	54 300	54 300	55 652	55 652
Transferts	42	42				
<b>111 / Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail</b>	<b>970</b>	<b>970</b>	<b>970</b>	<b>970</b>	<b>970</b>	<b>970</b>
Transferts	970	970	970	970	970	970
<b>181 / Prévention des risques</b>	<b>0</b>	<b>400</b>				
Subventions pour charges de service public	0	400				
<b>219 / Sport</b>	<b>10</b>	<b>10</b>				
Transferts	10	10				
<b>Total</b>	<b>50 491</b>	<b>50 891</b>	<b>55 270</b>	<b>55 270</b>	<b>56 622</b>	<b>56 622</b>

## BUDGET INITIAL 2015 DE L'OPÉRATEUR

## Compte de résultat

(en milliers d'euros)

Charges	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015	Produits	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015
Personnel	31 843	31 984	Ressources de l'État	50 896	52 514
<i>dont charges de pensions civiles</i>	<i>584</i>	<i>600</i>	- subventions de l'État	50 896	52 514
Fonctionnement	6 520	7 014	- ressources fiscales	0	0
Intervention	19 211	18 600	Autres subventions	1 005	2 178
			Ressources propres et autres	2 589	1 516
<b>Total des charges</b>	<b>57 574</b>	<b>57 598</b>	<b>Total des produits</b>	<b>54 490</b>	<b>56 208</b>
Résultat : bénéfice			Résultat : perte	3 084	1 390
Total : équilibre du CR	<b>57 574</b>	<b>57 598</b>	Total : équilibre du CR	<b>57 574</b>	<b>57 598</b>

(1) voté

## Tableau de financement abrégé

(en milliers d'euros)

Emplois	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015	Ressources	Compte financier 2014 (1)	Budget initial 2015
Insuffisance d'autofinancement	1 161	0	Capacité d'autofinancement	0	295
Investissements	1 499	2 261	Ressources de l'État	0	0
Remboursement des dettes financières			Autres subv. d'investissement et dotations	0	0
			Autres ressources	-381	3
			Augmentation des dettes financières		
<b>Total des emplois</b>	<b>2 660</b>	<b>2 261</b>	<b>Total des ressources</b>	<b>-381</b>	<b>298</b>
Apport au fonds de roulement			Prélèvement sur le fonds de roulement	3 041	1 963

(1) voté

En 2016, le montant de la SCSP versée à l'InVS est fixé à 55,65 M€ soit une diminution de 0,25M€ au regard de la SCSP inscrite en LFI 2015. Ce montant tient compte des économies attendues de l'InVS sur ses dépenses hors rémunération (1%). Il intègre également les transferts sortant et entrant prévus en LFI 2016, soit – 0,131M€ de valorisation de masse salariale correspondant au transfert sortant de 2 ETPT liés au transfert prévu de la

**Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins**

Programme n° 204 | OPÉRATEURS

toxicovigilance à l'ANSÈS, et de + 1,73M€ de valorisation de masse salariale correspondant au transfert des personnels des CIRE en provenance des ARS (Programme 124).

En revanche, la SCSP n'intègre pas à ce stade d'autres transferts de ressources associés aux transferts de compétences prévus par le projet de loi de modernisation de notre système de santé en discussion au parlement. Cette question sera traitée en gestion 2016.

La subvention de 970 k€ allouée par la Direction du travail pour la participation de l'InVS au Plan Santé Travail est reconduite pour le même montant que les années précédentes.

La SCSP de l'InVS relève de l'action n°11 «Pilotage de la politique de santé publique» du programme 204 «Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins».

**DÉPENSES 2015 DE L'OPÉRATEUR PAR DESTINATION**

Avertissement : les dépenses 2015 présentées par destination n'incluent pas les charges non décaissables comme les amortissements et les dépréciations d'actifs.

(En milliers d'euros)

Destination	Personnel	Fonctionnement	Intervention	Investissement	Total
Action n°11: "Pilotage de la politique de santé publique" - sous action n°11-2 "Veille, surveillance, évaluation et expertise".	31 984	4 214	18 600	2 261	<b>57 059</b>
<b>Total</b>	<b>31 984</b>	<b>4 214</b>	<b>18 600</b>	<b>2 261</b>	<b>57 059</b>

**CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L'OPÉRATEUR**

	Réalisation 2014 (1)		LFI 2015 (2)	PLF 2016
	ETP	ETPT	ETPT	ETPT
<b>Emplois rémunérés par l'opérateur :</b>	<b>408</b>	<b>408</b>	<b>401</b>	<b>420</b>
- sous plafond	400	400	392	411
- hors plafond	8	8	9	9
<b>Autres emplois en fonction dans l'opérateur :</b>		<b>38</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
- rémunérés par d'autres collectivités ou organismes		38	4	4

(1) La réalisation 2014 reprend la présentation du RAP 2014.

(2) LFI ou LFR le cas échéant.

En 2016, le plafond d'emploi de l'InVS est déterminé comme suit :

- maintien du plafond d'emplois inscrit en LFI 2015, soit 392 ETPT, cette stabilisation résulte du choix d'exonérer de l'effort de durcissement du schéma d'emplois, en 2016 les établissements dont la fusion est prévue à compter du 1<sup>er</sup> janvier (INPES, InVS, EPRUS) .

- prise en compte du transfert à l'ANSÈS de 2 ETPT, lié a transfert de la toxicovigilance ;
- prise en compte du transfert entrant de 21 ETPT sur 6 mois en provenance du P,124, correspondant à 41,5 ETPT en année pleine, liés au transfert des CIRE en provenance des ARS,

A compter de 2017, la création de l'ANSP devra conduire à des gains d'efficacité permettant notamment de réduire les effectifs de la nouvelle agence.

A ce stade, le nombre des ETPT hors plafond inscrit dans le PAP 2015 est reconduit pour 2016, soit 9 ETPT.

Ces emplois correspondent à des projets en cours, prenant fin en 2017 et 2018 et se répartissent comme suit :

- 3 CDD sur convention pour le projet Evalexpo Matphyto,
- 1 CDD pour le projet Coset MSA Ecophyto,
- 1 CDD pour l'étude coquelicot,
- 1 CDD pour le projet coqueluche,

- 2 CDD pour le programme EPIET
- 0,8 correspondant à 4 cumuls d'emploi.