RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DOCUMENT DE POLITIQUE TRANSVERSALE
PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2020

PRÉVENTION EN SANTÉ

MINISTRE CHEF DE FILE
MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

NOTE EXPLICATIVE

Cette annexe au projet de loi de finances est prévue par l'article 128 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005, complété par l'article 169 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006, par l'article 104 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008, par l'article 183 de la loi n° 2008-1425 du 27 décembre de finances pour 2009, par l'article 137 de la loi n° 2009-1673 du 30 décembre 2009 de finances pour 2010, par l'article 7 de la loi n° 2010-832 du 22 juillet 2010 de règlement des comptes et rapport de gestion pour 2009, par l'article 159 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011, par l'article 160 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, par l'article 262 de la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019.

Sont institués 22 documents de politique transversale (DPT) relatifs aux politiques suivantes : action extérieure de l'État, aménagement du territoire, défense et sécurité nationale, développement international de l'économie française et commerce extérieur, inclusion sociale, justice des mineurs, lutte contre l'évasion et la fraude fiscales, lutte contre le changement climatique, outre-mer, politique de l'égalité entre les femmes et les hommes, politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives, politique du tourisme, politique en faveur de la jeunesse, politique française de l'immigration et de l'intégration, politique française en faveur du développement, politique immobilière de l'État, politique maritime de la France, prévention de la délinquance et de la radicalisation, prévention en santé, sécurité civile, sécurité routière, ville.

Conformément à cet article, ce document comporte les éléments suivants :

- Une **présentation stratégique de la politique transversale**. Cette partie du document expose les objectifs de la politique transversale et les moyens qui sont mis en œuvre pour les atteindre dans le cadre interministériel. Outre le rappel des programmes budgétaires qui concourent à la politique transversale, sont détaillés les **axes de la politique**, ses **objectifs**, les **indicateurs de performance** retenus et leurs valeurs associées. S'agissant des politiques transversales territorialisées (par exemple : Outre-mer, Ville), les indicateurs du document de politique transversale sont adaptés de façon à présenter les données relatives au territoire considéré.

- Une **présentation détaillée de l'effort financier consacré par l'État à la politique transversale** pour l'année à venir 2020, l'année en cours (LFI 2019) et l'année précédente (exécution 2018), y compris en matière de dépenses fiscales et de prélèvements sur recettes, le cas échéant.

- Une présentation de la manière dont chaque **programme budgétaire** participe, au travers de ses différents **dispositifs**, à la politique transversale.

Sauf indication contraire, **les montants de crédits figurant dans les tableaux du présent document sont exprimés en euros.** Les crédits budgétaires sont présentés, selon l'article 8 de la LOLF, en autorisations d'engagement (AE) et en crédits de paiement (CP). Les prélèvements sur recettes sont présentés de manière à s'additionner aux CP.

TABLE DES MATIÈRES

LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Liste des programmes concourant à la politique transversale 9

Présentation stratégique de la politique transversale 11

AXE 1 : La santé des enfants et des jeunes 13

Objectifs concourant à la politique transversale de cet axe 14

AXE 2 : La santé des adultes 22

Objectifs concourant à la politique transversale de cet axe 23

AXE 3 : Bien vieillir et prévention de la perte d'autonomie 33

Objectifs concourant à la politique transversale de cet axe 34

Présentation des crédits par programme 38

Évaluation des crédits consacrés à la politique transversale 38

Autres programmes concourant à la politique transversale 40

Présentation des programmes concourant à la politique transversale 41

ANNEXES

Autres sources de financement de la prévention en santé 110

LA POLITIQUE TRANSVERSALE

PRÉVENTION EN SANTÉ

LISTE DES PROGRAMMES CONCOURANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Numéro et intitulé du programme et de la mission ou numéro et intitulé du prélèvement sur recette au profit des collectivités locales	Responsable du programme
P204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins Santé	Jérôme Salomon *Directeur général de la santé*
P124 – Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative Solidarité, insertion et égalité des chances	Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU *Directrice des finances, des achats et des services*
P137 – Égalité entre les femmes et les hommes Solidarité, insertion et égalité des chances	Virginie LASSERRE *Directrlce générale de la cohésion sociale*
P304 – Inclusion sociale et protection des personnes Solidarité, insertion et égalité des chances	Virginie LASSERE *Directrice générale de la cohésion sociale*
P178 – Préparation et emploi des forces Défense	Général d'armée François LECOINTRE *Chef d'état-major des armées*
P212 – Soutien de la politique de la défense Défense	Isabelle SAURAT *Secrétaire générale pour l'administration*
P143 – Enseignement technique agricole Enseignement scolaire	Philippe Vinçon *Directeur général de l'enseignement et de la recherche*
P230 – Vie de l'élève Enseignement scolaire	Edouard GEFFRAY *Directeur général de l'enseignement scolaire*
P214 – Soutien de la politique de l'éducation nationale Enseignement scolaire	Marie-Anne LEVÊQUE *Secrétaire générale*
P231 – Vie étudiante Recherche et enseignement supérieur	Anne-Sophie BARTHEZ *Directrice générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle*
P104 – Intégration et accès à la nationalité française Immigration, asile et intégration	Pierre-Antoine MOLINA *Directeur général des étrangers en France*
P152 – Gendarmerie nationale Sécurités	Général d'armée Richard LIZUREY *Directeur général de la gendarmerie nationale*
P207 – Sécurité et éducation routières Sécurités	Emmanuel BARBE *Délégué à la sécurité routière*
P176 – Police nationale Sécurités	Eric MORVAN *Directeur général de la police nationale*
P107 – Administration pénitentiaire Justice	Stéphane BREDIN *Directeur de l'administration pénitentiaire*
P166 – Justice judiciaire Justice	Peimane GHALEH-MARZBAN *Directeur des services judiciaires*
P182 – Protection judiciaire de la jeunesse Justice	Madeleine MATHIEU *Directrice de la protection judiciaire de la jeunesse*
P310 – Conduite et pilotage de la politique de la justice Justice	Véronique MALBEC *Secrétaire générale du ministère de la justice*
P129 – Coordination du travail gouvernemental Direction de l'action du Gouvernement	Marc GUILLAUME *Secrétaire général du Gouvernement*
P123 – Conditions de vie outre-mer Outre-mer	Emmanuel BERTHIER *Directeur général des outre-mer*
P219 – Sport Sport, jeunesse et vie associative	Gilles QUENEHERVE *Directeur des sports*

Numéro et intitulé du programme et de la mission ou numéro et intitulé du prélèvement sur recette au profit des collectivités locales	Responsable du programme
P181 – Prévention des risques Écologie, développement et mobilité durables	Cédric BOURILLET *Directeur général de la prévention des risques*
P190 – Recherche dans les domaines de l'énergie, du développement et de la mobilité durables Recherche et enseignement supérieur	Thomas LESUEUR *Commissaire général au développement durable*
P111 – Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail Travail et emploi	Yves STRUILLOU *Directeur général du travail*

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE DE LA POLITIQUE TRANSVERSALE

La politique intersectorielle en faveur de la santé est pilotée au niveau du Comité interministériel pour la santé (CIS). Le Premier ministre a rappelé lors du CIS du 26 mars 2018 que « ***la prévention doit devenir centrale dans toutes les actions qui visent à améliorer la santé de tous nos concitoyens*** ». Pour la première fois en France, l'ensemble du Gouvernement s'est engagé résolument pour que la promotion en santé et la prévention soient au coeur des priorités de la politique de santé.

Avec la parution du premier Plan national de santé publique (PNSP) " Priorité prévention ", l'ensemble des acteurs et décideurs du monde de la santé et des autres secteurs sont conviés à un projet d'envergure pour améliorer la santé de la population. Au-delà du ministère des Solidarités et de la Santé, des agences sanitaires et de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), la rédaction du PNSP a impliqué tous les ministères. Le PNSP est le Plan qui aborde tous les sujets de prévention selon une approche chronologique des âges de la vie : des 1 000 premiers jours au bien vieillir. Plan dynamique, il est mis à jour chaque année lors de la réunion du CIS.

En complément, une meilleure connaissance des moyens consacrés par l'Etat à la prévention est apparue indispensable. Pour répondre à cet enjeu, l'article 262 de la loi de finances 2019 dispose qu'un document de politique transversale dédié à la prévention en santé sera désormais annexé au projet de loi de finances.

Ce DPT rend compte aux parlementaires et à l'ensemble de nos concitoyens des moyens budgétaires alloués chaque année par l'Etat à la prévention. Il apporte ainsi une visibilité nouvelle sur cette politique publique qui constitue le premier axe prioritaire de la stratégie nationale de santé du Gouvernement.

RÉCAPITULATION DES AXES, SOUS-AXES ET OBJECTIFS DE PERFORMANCE

LA SANTÉ DES ENFANTS ET DES JEUNES

L'ÉCOLE PROMOTRICE DE SANTÉ : GÉNÉRALISER LE PARCOURS ÉDUCATIF DE SANTÉ

OBJECTIF P230-349 : Promouvoir la santé des élèves et contribuer à améliorer leur qualité de vie

L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR COMME LIEU DE PROMOTION DE LA SANTÉ

OBJECTIF P231-619 : Développer le suivi de la santé des étudiants

UN ENVIRONNEMENT DE VIE QUI FAVORISE LES BONS CHOIX

OBJECTIF P219-775 : Réduire les inégalités d'accès à la pratique sportive et promouvoir l'insertion du sport dans les différentes politiques publiques

LA SANTÉ DES ADULTES

SE LIBÉRER DES ADDICTIONS

OBJECTIF P204-727 : Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé

MON HABITAT ET MES ENVIRONNEMENTS DE VIE

OBJECTIF P204-3578 : Prévenir et maîtriser les risques sanitaires

JE PROTÈGE LA SANTÉ DES AUTRES

OBJECTIF P152-2215 : Renforcer l'efficacité dans la lutte contre l'insécurité routière

MA SANTÉ AU TRAVAIL

OBJECTIF P111-953 : Contribuer à la prévention et à la réduction des risques professionnels

ACTIVITÉS PHYSIQUES EN FAVEUR DE MA SANTÉ

OBJECTIF P219-775 : Réduire les inégalités d'accès à la pratique sportive et promouvoir l'insertion du sport dans les différentes politiques publiques

BIEN VIEILLIR ET PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

LES REPÉRAGES ET PRISE EN CHARGE PRÉCOCE

OBJECTIF P204-727 : Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé

BIEN MANGER ET BOUGER

OBJECTIF P219-775 : Réduire les inégalités d'accès à la pratique sportive et promouvoir l'insertion du sport dans les différentes politiques publiques

AXE 1 : LA SANTÉ DES ENFANTS ET DES JEUNES

La santé des enfants et des jeunes est bonne en France, comme en témoignent un certain nombre d'indicateurs importants. Le taux de mortalité est globalement en diminution depuis 20 ans, ce qui peut être mis au crédit de progrès en termes de prévention (accidents) et de soins (tumeurs).

Le regard que portent les jeunes sur leur propre santé conforte ce constat, puisque 96 % des 15-30 ans se déclarent plutôt en bonne santé.

Cette situation globalement favorable ne saurait toutefois masquer les inégalités sociales ou territoriales et surtout, celles qui existent dès cet âge entre hommes et femmes.

Chez les moins de 15 ans, la morbidité est faible et concerne des pathologies essentiellement bénignes : respiratoires, ophtalmologiques, dentaires, etc. Les accidents de la vie courante, principale cause de décès avant l'âge de 15 ans (300 décès par an), se produisent à la maison, à l'école ou pendant le sport.

Le développement harmonieux de l'enfant, à l'école notamment, est un enjeu essentiel. Les déterminants socio-économiques sont en effet à l'œuvre dès le début de la vie, au moment des apprentissages scolaires, sociaux et comportementaux.

L'objectif est de développer les compétences psychosociales de l'enfant et de l'adolescent en lien avec le socle commun de connaissances, de compétences et de culture, et avec les enseignements. Il s'agit de lui permettre de faire des choix éclairés en matière de santé et d'exploiter ses facultés intellectuelles et physiques en ayant confiance en sa capacité à réussir et à progresser.

La jeunesse constitue dans tous les domaines une étape de transition et de choix. Si certaines manifestations de mal-être ou de souffrance psychique sont inhérentes au travail psychique de l'adolescence et sont à mettre en lien avec ces transformations, d'autres s'inscrivent dans une dimension psychopathologique qu'il importe de repérer et de prendre en charge.

3 objectifs et 4 indicateurs sont présentés en 3 sous axes:

- **L'école promotrice de santé : généraliser le parcours éducatif de santé :**

  1. Promouvoir la santé des élèves et contribuer à améliorer leur qualité de vie;

     - *Proportion d'élèves des écoles en éducation prioritaire ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6ème année*
     - *Qualité de vie perçue des élèves de troisième*

- **L'enseignement supérieur comme lieu de promotion :**

  2. Développer le suivi de la santé des étudiants;

     - *Pourcentage des étudiants de(s) l'université(s) vus au S(I)UMPPS à titre individuel*

- **Un environnement de vie qui favorise les bons choix**:

  3. Réduire les inégalités d'accès à la pratique sportive et promouvoir l'insertion du sport dans les différentes politiques publiques

     - *Pratique sportive des publics prioritaires* : *Taux de licences des jeunes de14 à 20 ans*

OBJECTIFS CONCOURANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE DE CET AXE

L'ÉCOLE PROMOTRICE DE SANTÉ : GÉNÉRALISER LE PARCOURS ÉDUCATIF DE SANTÉ

OBJECTIF P230-349
Promouvoir la santé des élèves et contribuer à améliorer leur qualité de vie-

Dans le domaine de la santé et de la qualité de vie, l'école n'est pas seule à agir, mais elle est la seule institution qui connaît et touche chaque génération dans sa quasi-totalité. Son rôle est d'autant plus important que les problématiques de santé sont souvent révélatrices des inégalités entre élèves, en particulier pour les familles les plus démunies. L'objectif de la politique éducative de santé est de contribuer à mettre en place les conditions d'une bonne entrée dans la scolarité pour tous les élèves, afin de favoriser les conditions d'apprentissage et de participer à la réussite scolaire, ainsi que de développer les compétences psycho-sociales des élèves et une éducation aux comportements responsables tout au long de cette scolarité.

Le parcours éducatif de santé, défini par l'article L. 541-1 du code de l'éducation, s'intègre dans une politique éducative globale, structurée autour de trois axes : l'éducation à la santé tout au long du cursus scolaire, la prévention et la protection de la santé des élèves. Les projets d'école et d'établissement précisent les dispositifs ou programmes de promotion de la santé mis en place au sein de l'établissement, ainsi que les thématiques traitées par les équipes éducatives, telles que la prévention des conduites addictives, des troubles du sommeil et des mésusages des écrans, l'éducation à l'alimentation, l'éducation à la sexualité, en prenant appui sur les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Une information aux parents est faite sur les actions prévues au cours de l'année scolaire, si possible au moment de la rentrée. Le suivi de la santé des élèves est notamment assuré par des visites médicales et de dépistage obligatoires. Cette politique éducative de santé est renforcée, dans le cadre du Plan national de santé publique, par le développement d'une démarche "école promotrice de santé".

L'action spécifique des personnels de santé de l'éducation nationale, médecins et infirmiers, selon leurs responsabilités propres, vient en complémentarité de celle des personnels enseignants et d'éducation. La promotion de la santé vise celle du bien-être des élèves. La démarche globale et systémique d'amélioration de l'environnement scolaire, mise en œuvre par des équipes d'écoles et d'établissements, contribue à la qualité de vie à l'école. Les espaces et les temps scolaires peuvent faire l'objet d'une réflexion collective, en lien avec les collectivités territoriales, afin d'améliorer l'immobilier, les équipements, la restauration, les sanitaires.

La mise en place du parcours « santé-accueil-éducation », prévue par le Plan national de santé publique, afin de mieux construire et coordonner l'accès à la santé des enfants avant l'âge de six ans, requiert un travail partagé entre les personnels de la santé scolaire, de la protection maternelle et infantile et les professionnels de santé libéraux.

Le premier indicateur mesure la « proportion d'élèves des écoles en éducation prioritaire ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6^{e} année », l'identification rapide par un médecin des troubles de la santé susceptibles d'entraver la scolarité de l'élève dans les classes élémentaires apparaissant particulièrement nécessaire en éducation prioritaire. Les familles sont aussitôt informées des constatations médicales dont il est nécessaire qu'elles aient connaissance pour la préservation de la santé de leurs enfants. Les deux sous-indicateurs mesurent les taux de réalisation des visites médicales de la 6^{e} année, d'une part pour les élèves des réseaux d'éducation prioritaire renforcés (REP+), d'autre part pour ceux des réseaux d'éducation prioritaire (REP). La loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance dispose qu'au cours de la sixième année, une visite permettant en particulier un dépistage des troubles spécifiques du langage et des apprentissages est organisée dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Le deuxième indicateur mesure la qualité de vie perçue des élèves de classes de 3e, à partir de plusieurs sous-indicateurs. Le premier reflète un niveau global de satisfaction de vie. L'OCDE a choisi cet indicateur parmi les onze critères retenus pour calculer son indice « vivre mieux », qui mesure et compare les conditions de vie dans ses trente-quatre États membres. Les autres sont plus directement liés à l'école : goût pour l'école, perception des exigences scolaires et perception de brimades. Une mesure comparative entre élèves valides et élèves se déclarant handicapés est présentée sur la satisfaction globale de vie et les brimades déclarées.

Le troisième indicateur permet d'apprécier les conditions de prise en charge des élèves en situation de handicap scolarisés, en matière d'aide humaine (individuelle ou mutualisée) et de mise à disposition de matériels pédagogiques adaptés. Il concerne les élèves pour lesquels les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) se sont prononcées en faveur d'un tel accompagnement. Les sous-indicateurs mesurent les taux de couverture des notifications reçues des CDAPH dans ces deux domaines. Les nombres de notifications reçues à la date de calcul des taux sont précisés pour information, afin d'apprécier l'effort de l'institution scolaire pour améliorer la couverture des notifications dont la progression reste soutenue.

INDICATEUR P230-349-348

Proportion d'élèves des écoles en éducation prioritaire ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6ème année

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2017 Réalisation	2018 Réalisation	2019 Prévision PAP 2019	2019 Prévision actualisée	2020 Prévision	2020 Cible
a) élèves des écoles en REP+	%	52	65*	80	80	95	95
b) élèves des écoles en REP	%	45	58*	80	75	90	95

Précisions méthodologiques

Source des données : MENJ – DGESCO.

Champ : enseignement public, France métropolitaine et DOM.

Mode de calcul :

Cet indicateur est établi en rapportant le nombre d'élèves ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6e année, à l'effectif total des élèves dont l'âge se situe entre 5 et 6 ans, d'une part dans les écoles appartenant à un réseau d'éducation prioritaire renforcé (REP+) – premier sous-indicateur -, d'autre part, dans les écoles appartenant à un réseau d'éducation prioritaire (REP) – second sous-indicateur -.

L'indicateur est issu d'une enquête spécifique auprès des académies. L'année 2018 correspond à l'année scolaire 2017-2018.

*Les taux de réalisation de 2017 et de 2018 sont établis sur la base de données non exhaustives, qui peuvent ne pas correspondre à la réalité globale de l'ensemble des académies. Le nouveau système d'information à disposition des médecins de l'éducation nationale, en cours de déploiement, vise, à moyen terme, l'amélioration du recueil des données.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Les priorités gouvernementales de santé publique, ainsi que la progression significative des réalisations de 2018, conduisent à fixer les prévisions de 2019 et 2020 aux niveaux visés pour les élèves des REP+ (80 % et 95%) et un peu en deçà pour les élèves en REP (75 % et 90%).

La première mission de la politique éducative de santé est de participer à la réussite scolaire des élèves, en cherchant à développer leurs compétences psychosociales, ce que le domaine 3 du socle commun, qui concerne la formation de la personne et du citoyen, et les actions d'éducation à la santé mises en œuvre doivent favoriser. La promotion de la santé contribue au bien-être des élèves et à la réduction des inégalités de santé par le développement des démarches de prévention.

La visite médicale dans la 6e année de l'enfant, qui permet notamment de repérer les troubles spécifiques du langage et des apprentissages, revêt une importance particulière avant l'entrée dans les classes élémentaires. La loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance énonce que cette visite est organisée dans des conditions fixées par voie réglementaire.

La gouvernance de la politique éducative sociale et de santé, à tous les échelons du système éducatif, les missions et les moyens des personnels de santé alloués aux académies, le travail partagé à construire avec les personnels de la protection maternelle et infantile et les professionnels de santé libéraux, dans le cadre de la mise en place du parcours « santé-accueil-éducation », contribuent à améliorer le repérage et la prise en charge précoces des troubles et maladies de l'enfant. La loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 dispose qu'une visite, organisée à l'école pour tous les enfants âgés de trois ans à quatre ans, permet notamment un dépistage des troubles de santé, qu'ils soient sensoriels, psycho-affectifs, staturo-pondéraux ou neuro-développementaux, en particulier du langage oral. Cette visite est effectuée par les professionnels de santé du service départemental de protection maternelle et infantile ou, lorsque ce service n'est pas en mesure de la réaliser, par les professionnels de santé de l'éducation nationale.

INDICATEUR P230-349-12646

Qualité de vie perçue des élèves de troisième

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2017 Réalisation	2018 Réalisation	2019 Prévision PAP 2019	2019 Prévision actualisée	2020 Prévision	2020 Cible
2.2.1 - Proportion d'élèves déclarant un niveau élevé de satisfaction globale de vie (supérieur à 6 sur 10, échelle de Cantril)							
a) élèves ne se déclarant pas porteurs de handicap	%	81,6	84	82	84	85	84
b) élèves se déclarant handicapés	%	61,9	72	62	72	75	65
2.2.2 - Proportion d'élèves déclarant aimer beaucoup leur collège	%	17,8	13	18	13	16	19
2.2.3 - Proportion d'élèves qui trouvent les exigences scolaires excessives	%	20,5	21	20	21	20	19
2.2.4 - Proportion d'élèves déclarant avoir été brimé au collège au cours des deux derniers mois							
a) élèves ne se déclarant pas porteurs de handicap	%	26,9	14	26	14	12	25
b) élèves se déclarant handicapés	%	40,6	35	35	35	30	30

Précisions méthodologiques

Source des données :

– enquête internationale quadriennale « *Health Behaviour in School-aged children* – HBSC – La santé des élèves de 11 à 15 ans » (Organisation mondiale de la santé) réalisée tous les 4 ans et, pour la France, depuis 2002. Les données nationales de l'enquête quadriennale HBSC sont publiées sur le site « Santé publique France », sous forme de fiches pour les résultats de l'enquête de 2014, les rapports nationaux des enquêtes précédentes étant téléchargeables sur ce site ; des fiches de présentation des données de l'enquête de 2018 sont publiées sur ce site et sur Eduscol ;

– données fournies par le ministère chargé de l'éducation nationale, qui réalise, en lien avec INSERM U1027, et l'observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), une étude « France » suivant la même méthodologie, afin de disposer de données comparables tous les deux ans : enquête complémentaire à l'enquête quadriennale (2010, 2014), enquête quadriennale (2018) ou enquête spécifique entre deux enquêtes quadriennales (2012, 2016). L'échantillon représentatif des élèves scolarisés en classe de 3e est de 2 832 élèves pour l'enquête de 2018.

Mode de calcul :

Champ : Classes de 3e (incluant les sections d'enseignement général et professionnel adapté - SEGPA) des établissements publics et privés sous contrat du second degré sous tutelle de l'éducation nationale, en France métropolitaine.

Proportion d'élèves déclarant un niveau élevé de satisfaction globale de vie (score supérieur à 6 sur 10 sur l'échelle de Cantril) : réponses possibles entre 0 (pire vie possible) et 10 (meilleure vie possible) à une question synthétique.

Les données présentées permettent de distinguer les réponses des élèves ne se déclarant pas porteurs de handicap de celles des élèves se déclarant handicapés. Un élève est considéré comme se déclarant porteur d'un handicap s'il déclare avoir un handicap ou une maladie chronique, puis indique que celui-ci restreint sa participation.

Proportion d'élèves déclarant aimer beaucoup leur collège : question unique à 4 modalités de réponse de « pas du tout » à « beaucoup ». Pour information, la proportion des élèves qui déclarent aimer beaucoup ou un peu leur collège s'élève à 57 % dans l'enquête de 2018 (71 % en 2016, 55 % en 2014 et 63 % en 2012).

Proportion d'élèves qui trouvent les exigences scolaires excessives : calculée sur les réponses des élèves qui déclarent trouver le travail scolaire fatigant et difficile sur une échelle composite à partir d'une question sur chaque dimension, avec 5 modalités de réponse chacune.

Proportion d'élèves déclarant avoir été brimés au moins une fois au collège au cours des deux derniers mois : question unique précédée d'une définition des brimades avec 5 possibilités de réponse allant de « pas de brimades » à « plusieurs fois par semaine ». En 2018, le terme de brimade a

été remplacé par celui de harcèlement, désormais largement utilisé en contexte scolaire et présent dans toutes les enquêtes de climat scolaire et de victimation.

Les valeurs de réalisation de 2018 correspondent aux données de l'enquête quadriennale HBSC, réalisée au printemps 2018, dans le cadre du protocole EnCLASS conduit en collège et en lycée ; celles de 2017 correspondent aux données de l'enquête spécifique "France" réalisée au printemps 2016, pour la première fois en ligne.

Les prévisions pour 2019 correspondent aux données de réalisation de 2018, les prévisions pour 2020 sont établies en référence à la prochaine enquête spécifique « France » de 2020.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Les prévisions pour 2019 des différents sous-indicateurs correspondent aux valeurs de réalisations de 2018, issues de l'enquête quadriennale effectuée au printemps. Les prévisions pour 2020 tiennent compte des leviers pédagogiques et éducatifs mobilisables au collège, ainsi que des améliorations observées en 2018 pour la satisfaction globale de vie et le recul des brimades, ce qui permet de faire progresser le niveau des prévisions 2020 en regard des cibles. Les seules prévisions légèrement dégradées portent sur le goût pour l'école (16 % d'élèves déclarant aimer beaucoup leur collège) et les exigences scolaires (20 % d'élèves trouvant les exigences scolaires excessives).

Les autorités académiques doivent prendre en compte la dimension de la qualité de vie scolaire et du bien-être de l'élève, dans leur pilotage pédagogique et éducatif, et leur dialogue avec les établissements à partir d'indicateurs partagés permettant d'analyser les problématiques propres à chacun d'eux. L'accompagnement des élèves en situation de handicap est particulièrement suivi par les enseignants référents et les inspecteurs de l'éducation nationale en charge des enseignements adaptés et des élèves en situation de handicap (IEN-ASH), dans chaque département.

Le ministère promeut la démarche globale d'amélioration du climat scolaire dans les écoles et les établissements, et la professionnalisation des personnels qui peuvent agir sur l'environnement des élèves, par des formations inscrites au plan national de formation, par des ressources mises à disposition sur le site Eduscol et celui de l'opérateur CANOPE. Le guide « Une école bienveillante face aux situations de mal-être des élèves », destiné aux équipes éducatives des collèges et des lycées, vise à faire mieux connaître et repérer les signes de mal-être des élèves, pour savoir réagir et prévenir ces situations.

La priorité ministérielle de la lutte contre le harcèlement et le renforcement de ses leviers d'action (droit à une scolarité sans subir de harcèlement entre élèves inscrit dans le code de l'éducation, plan de prévention dans chaque école, collège ou lycée ; formation d'élèves « ambassadeurs » au collège, pour mieux repérer les situations de harcèlement et porter des projets de prévention par les pairs ; réseau départemental d'intervention) doivent permettre de poursuivre l'évolution observée concernant les brimades, qui est favorable pour l'ensemble des élèves, mais un peu moins pour les élèves se déclarant handicapés. Les prévisions pour 2020 des deux sous-indicateurs sont respectivement fixées à 12 % pour les élèves ne se déclarant pas porteurs de handicap et 30 % pour les élèves se déclarant handicapés. La mise en place d'une école pleinement inclusive doit contribuer à réduire l'écart observé en ce domaine.

L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR COMME LIEU DE PROMOTION DE LA SANTÉ

OBJECTIF P231-619

Développer le suivi de la santé des étudiants-

La santé étudiante est une orientation prioritaire des actions qui seront financées notamment par la contribution de vie étudiante et de campus (CVEC) créée par la loi du 8 mars 2018 relative à l'orientation et la réussite des étudiants . Les établissements affectataires de la CVEC peuvent améliorer l'accès aux soins des étudiants en assurant des offres gratuites, adaptées à leurs contraintes et répondant à l'évolution de leurs besoins.

Ainsi, elle permet le développement d'actions de prévention, des vacations de personnels médicaux, achat de matériel spécifique. Les services universitaires de médecine préventive en santé (SUMPS) peuvent adapter et élargir leur offre et s'adapter au plus près des besoins des étudiants.

L'objectif est d'assurer un meilleur suivi sanitaire de la population étudiante, de favoriser l'accès aux soins pour tous les étudiants en renforçant le partenariat, les différents acteurs de la santé et de la prévention et les associations étudiantes et de répondre aux urgences médicales.

L'accroissement démographique de la population étudiante et sa diversification sociale ont fait émerger des difficultés sociales, financières, matérielles mais aussi psychologiques et sanitaires plus prégnantes qu'autrefois. Les services de santé universitaires mettent en œuvre la politique qui vise à améliorer le suivi sanitaire des étudiants comportant une dimension médicale, psychologique et sociale et à développer les actions de prévention et d'éducation à la santé.

Les programmes prioritaires de prévention et d'éducation à la santé (dans les domaines des conduites addictives, de la nutrition, de la santé sexuelle dont la contraception et de la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), de la santé mentale et de l'accompagnement des associations étudiantes organisatrices d'événements festifs) mis en place dans les établissements contribuent à rendre les étudiants à devenir des acteurs à part entière de leur santé.

Pour accroître l'impact des actions de prévention, responsabiliser les étudiants et leur transférer des compétences dans la gestion de leur santé, les universités développent le dispositif d'Étudiants Relais Santé (ERS). Ces étudiants sont formés et coordonnés par les services. Il s'agit donc de faire appel aux compétences des jeunes eux-mêmes, pour informer ou aider d'autres jeunes, « leurs pairs ». 22 universités disposent d'Étudiants Relais Santé.

Ils interviennent principalement sur ces thématiques :

- les soirées étudiantes et la prévention des conduites addictives ;
- la santé sexuelle et affective ;
- la nutrition ;
- la promotion du bien-être.

Depuis février 2019, les missions des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) ont été élargies par la prescription de moyens de contraception, de traitements de substitution nicotinique, de radiographies du thorax, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles ainsi que la prescription et la réalisation des vaccinations.

Les SUMPPS peuvent devenir centres de santé, mission facultative désormais reconnue à ces services. On recense, en 2019, 26 centres de santé universitaire. Le ministère accompagne les établissements qui ont le projet de constituer un centre de santé universitaire.

Ces services qui offrent des prestations alliant le volet préventif au volet curatif facilitent l'accès aux soins de la population estudiantine :

- consultations de médecine générale et spécialisée gratuites ;
- possibilité de choisir un médecin traitant au sein du centre de santé ;
- accès au parcours de soins coordonné.

La loi « orientation et réussite des étudiants » du 8 mars 2018 créée la conférence de prévention étudiante qui fédère les acteurs, financeurs et bénéficiaires de la prévention et de la santé étudiante. Cette conférence a pour objectif d'assurer, en lien avec la stratégie nationale de santé, les plans nationaux de santé publique et le plan étudiants, le développement d'actions promouvant des comportements favorables à la santé de l'ensemble des étudiants.

Installée le 21 mai 2019, elle a rassemblé les ministères certificateurs, les services de santé universitaires, les associations intervenant sur le champ de la prévention, les étudiants, les conférences d'établissements, recteurs, mutuelles, des chercheurs et des personnalités qualifiées. Par les échanges d'expériences et de pratiques, elle réunit et favorise les collaborations entre les acteurs, les territoires, les bénéficiaires. Par sa spécificité, elle contribue à la

définition et à l'évolution des politiques publiques propres aux étudiants en matière de prévention, au regard des besoins et de l'évolution de leurs pratiques.

INDICATEUR P231-619-10349

Pourcentage des étudiants de(s) l'université(s) vus au S(I)UMPPS à titre individuel

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2017 Réalisation	2018 Réalisation	2019 Prévision PAP 2019	2019 Prévision actualisée	2020 Prévision	2020 Cible
Pourcentage des étudiants de(s) l'université(s) vus au S(I)UMPPS à titre individuel	%	21,5	21,5	21,5	21,5	21,5	22

Précisions méthodologiques

Source des données :

DGESIP – l'enquête est effectuée auprès des services de médecine préventive et de promotion de la santé des universités. Elle ne prend pas en compte les étudiants inscrits dans les CPGE et les STS.

Mode de calcul :

Les résultats de l'année n sont calculés par rapport à l'année universitaire dont deux trimestres sur trois correspondent à l'année n.

% d'étudiants de l'université vus au SUMPPS à titre individuel

Numérateur : nombre d'étudiants ayant bénéficié d'au moins une consultation individuelle au service de santé Universitaire (1)

Dénominateur : nombre d'étudiants inscrits à l'université (2)

(1) *Étudiants de l'université vus au SUMPPS quel que soit le motif : soins, prévention, social.*

(2) *Étudiants inscrits en inscription principale à l'université hors télé-enseignement et hors conventions.*

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Malgré l'augmentation du nombre de centres de santé, il semble difficile d'augmenter le pourcentage des étudiants vus au SUMPPS à titre individuel au-delà du résultat obtenu depuis 2016 (21,5 %).

Plusieurs raisons expliquent cette situation :

- les effectifs inscrits à l'université augmentent de manière significative tous les ans, ce qui a pour incidence de faire augmenter le dénominateur de l'indicateur;
- les universités continuent d'être confrontées à de sérieuses difficultés pour recruter des médecins de santé publique (pas de candidats, rémunération pas assez attractive, concurrence avec les autres organismes publics). De plus, certains services voient leur effectif médical diminuer en raison du non remplacement des départs à la retraite.

UN ENVIRONNEMENT DE VIE QUI FAVORISE LES BONS CHOIX

OBJECTIF P219-775

Réduire les inégalités d'accès à la pratique sportive et promouvoir l'insertion du sport dans les différentes politiques publiques-

L'État, les collectivités territoriales et leurs groupements, les fédérations sportives, les associations et les clubs locaux participent au développement de la pratique sportive. Le ministère chargé des sports intervient, au nom de l'État, pour initier et mettre en œuvre cette politique en faveur du sport en renforçant la connaissance et l'analyse des pratiques sportives, en attribuant des concours financiers et en personnels, en assurant la qualité de l'encadrement, en

contribuant à la réalisation d'équipements sportifs et en soutenant l'organisation de grands événements internationaux qui ont un impact certain sur le nombre des licences.

Le traitement de la réduction des inégalités d'accès entre les femmes et les hommes, entre les territoires urbains et ruraux, entre les personnes valides et les personnes en situation de handicap, d'une part, et la pratique des adolescents, d'autre part, font l'objet d'une attention particulière.

L'indicateur de résultat 1.1 associé à l'objectif de réduction des inégalités dans l'accès à la pratique sportive permet d'apprécier, *in fine*, l'impact des actions volontaristes de développement qu'accompagne le ministère. Les actions proposées se caractérisent par une pratique diversifiée et adaptée aux publics visés, des plans de féminisation et la prise en compte des difficultés rencontrées dans les quartiers populaires.

Le ministère soutient la pratique sportive licenciée, car le club est porteur de valeurs, constitue un outil en faveur de la « mixité sociale » et favorise l'engagement citoyen. Le club est un espace de rencontres entre des individus que rien ne prédestinait à se côtoyer. Il permet à certains publics qui en sont souvent éloignés d'accéder à des responsabilités.

Les personnes socialement défavorisées pratiquent nettement moins d'activités sportives que d'autres publics. Un des objectifs du ministère est de rapprocher la proportion des jeunes filles et des femmes parmi les détenteurs d'une licence sportive (38 % environ) de la proportion de femmes dans la population (51,5 %).

Le ministère examine avec l'ensemble des partenaires les leviers à actionner permettant d'infléchir ces tendances. Cette politique se traduit également par la valorisation et la diffusion de « bonnes pratiques », la mise en place d'observatoires, de diagnostics, l'animation de réseaux par les quatre pôles ressources nationaux avec notamment l'organisation de rencontres interfédérales.

INDICATEUR P219-775-775

Pratique sportive des publics prioritaires

(du point de vue de l'usager)

	Unité	2017 Réalisation	2018 Réalisation	2019 Prévision PAP 2019	2019 Prévision actualisée	2020 Prévision	2020 Cible
Taux de licences des jeunes de 14 à 20 ans	%	56,1	56,8	57,0	57,2	57,5	57,5

Précisions méthodologiques

Source des données :

Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire (INJEP) - Mission « Enquêtes, données et études statistiques » (MEDES); dispositifs de référencement / labellisation des DRJSCS et ARS "Sport-Santé"

Mode de calcul :

Le champ géographique est la France entière pour l'ensemble des indicateurs, à l'exception du sous-indicateur taux de licences dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville dont le champ est la France entière hors Mayotte.

Les chiffres indiqués regroupent dorénavant uniquement les licences stricto sensu pour l'ensemble des sous-indicateurs. Les autres titres de participation (ATP) délivrés le plus souvent pour une pratique sportive occasionnelle ne sont pas comptabilisés.

Les données définitives sont disponibles au mois de juillet de l'année n+1.

Le nombre de licences est obtenu à partir d'un recensement annuel effectué auprès des fédérations sportives par la mission des études, de l'observation et des statistiques (MEOS) de l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP), service statistique ministériel en charge de la jeunesse et des sports, qui contrôle la cohérence interne et l'évolution des données transmises par les fédérations.

Cet indicateur rend compte de la pratique sportive licenciée dans un club sportif affilié à une fédération française sportive agréée mais il ne permet pas de mesurer la totalité de la pratique sportive.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

À la date du 13 aout 2019, les données de 108 des 113 fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports ont pu être traitées. Sur cette base, le nombre de licences est estimé provisoirement à 16,4 millions en 2018 (les chiffres de 2017 ont été repris pour les fédérations n'ayant pas encore été traitées). Le taux de licences est ainsi estimé au plan national à 24,4 % (16,4 millions de licences hors ATP délivrées en 2018 pour 67,0 millions de personnes résidant en France hors COM).

Le taux de licences des jeunes de 14 à 20 ans au regard de la population totale de la même classe d'âge est estimé en 2018 à 56,8 % (3,264 millions de licences distribuées à des jeunes de 14 à 20 ans hors ATP pour 5,748 millions de jeunes de 14 à 20 ans).

AXE 2 : LA SANTÉ DES ADULTES

Les Français ont une espérance de vie à la naissance pour les femmes en 2016, parmi les plus élevées d'Europe, et pour les hommes dans la moyenne européenne.

Les inégalités sociales de mortalité restent importantes, tout comme celles entre les hommes et les femmes. Quelle que soit leur catégorie sociale, les femmes vivent plus longtemps que les hommes.

Si on considère l'ensemble des décès observés en France métropolitaine en 2015, les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire constituent les causes les plus fréquentes suivies par les morts violentes et les maladies de l'appareil respiratoire (autres que les tumeurs), qui représentent un décès sur quinze chacune. Ces quatre groupes de maladies correspondent à près de deux tiers des décès.

Compte tenu de l'importance de la mortalité prématurée « évitable » en France, identifier les comportements et conditions de vie des Français qui contribuent le plus à cette mortalité, afin de réduire son poids, constitue un enjeu majeur de santé publique aujourd'hui porté par la SNS et le PNSP pour ce qui est du niveau national. Or, le champ des comportements qui ont un impact sur la santé est très large, puisqu'il englobe pratiquement l'ensemble des activités humaines :

- exercice physique, sommeil, alimentation et plus généralement consommation de substances, sociabilité.

Les conditions de vie, et en particulier de travail et de logement, la qualité de l'environnement et de l'offre de services (notamment de santé) à proximité des lieux de vie ont également un impact déterminant. Ces différents facteurs exercent une influence sur la santé dès la grossesse, et leurs effets se cumulent tout au long de la vie, ce qui rend les politiques de promotion de la santé et de prévention complexes.

Ils sont fortement liés aux pratiques sociales et culturelles :

- tabac
- alcool
- surpoids
- travail
- environnement

Dès lors que l'on considère, reprenant la définition de l'OMS, que « la santé est un état de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », il convient d'élargir l'analyse au retentissement des maladies et des infirmités sur le bien-être. Cela conduit, au-delà des seules « maladies », à poser la question de la qualité de vie, en particulier à travers la prise en charge de la douleur et les effets des maladies sur la vie quotidienne, appréhendés via les concepts de limitations fonctionnelles et de handicap.

En 2016, 25,7 % de la population de 16 ans et plus déclarent être limités (dont 8,9 % fortement limités) dans leurs activités habituelles depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé. La restriction d'activité augmente avec l'âge, régulièrement mais modérément jusqu'à 70 ans, nettement plus fortement ensuite.

5 objectifs et 7 indicateurs sont présentés en sous-axes:

- **Activités physiques en faveur de ma santé** :

  1. Réduire les inégalités d'accès à la pratique sportive et promouvoir l'insertion du sport dans les différentes politiques publiques

     - Pratique sportive des publics prioritaire : Nombre de clubs garantissant l'accueil de personnes en situation d'handicap

- Pratique sportive des publics prioritaire : Nombre de clubs garantissant l'accueil de personnes en affection de longue durée

- **Se libérer des addictions**:

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

- Prévalence du tabagisme quotidien en population de 18 ans à 75 ans

- **Mon habitat et mon environnement** :

3. Prévenir et maîtriser les risques sanitaires

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

- **Ma santé au travail :**

4. Contribuer à la prévention et à la réduction des risques professionnels

- Part du temps opérationnel de l'ANACT consacré au plan santé au travail

- Part des interventions "amiante" des services de l'inspection du travail sur l'ensemble des interventions

- **Je protège la santé des autres** :

5. Renforcer l'efficacité dans la lutte contre l'insécurité routière

- Indice d'efficacité du dépistage d'alcoolémie sur les accidents corporels dus à l'alcool

- Indice d'efficacité du dépistage des stupéfiants sur les accidents corporels impliquant l'usage des stupéfiants

OBJECTIFS CONCOURANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE DE CET AXE

ACTIVITÉS PHYSIQUES EN FAVEUR DE MA SANTÉ

OBJECTIF P219-775

Réduire les inégalités d'accès à la pratique sportive et promouvoir l'insertion du sport dans les différentes politiques publiques-

L'État, les collectivités territoriales et leurs groupements, les fédérations sportives, les associations et les clubs locaux participent au développement de la pratique sportive. Le ministère chargé des sports intervient, au nom de l'État, pour initier et mettre en œuvre cette politique en faveur du sport en renforçant la connaissance et l'analyse des pratiques sportives, en attribuant des concours financiers et en personnels, en assurant la qualité de l'encadrement, en contribuant à la réalisation d'équipements sportifs et en soutenant l'organisation de grands événements internationaux qui ont un impact certain sur le nombre des licences.

Le traitement de la réduction des inégalités d'accès entre les femmes et les hommes, entre les territoires urbains et ruraux, entre les personnes valides et les personnes en situation de handicap, d'une part, et la pratique des adolescents, d'autre part, font l'objet d'une attention particulière.

Le ministère soutient la pratique sportive licenciée, car le club est porteur de valeurs, constitue un outil en faveur de la « mixité sociale » et favorise l'engagement citoyen. Le club est un espace de rencontres entre des individus que rien ne prédestinait à se côtoyer. Il permet à certains publics qui en sont souvent éloignés d'accéder à des responsabilités.

Les personnes socialement défavorisées pratiquent nettement moins d'activités sportives encadrées que d'autres publics. Un des objectifs du ministère est de rapprocher la proportion des jeunes filles et des femmes parmi les détenteurs d'une licence sportive (38 % environ) de la proportion de femmes dans la population (51,5 %). De même, l'objectif visant à favoriser l'insertion des personnes handicapées passe par un soutien aux projets des fédérations spécifiques (handisport et sport adapté) mais aussi par une incitation des autres fédérations et des clubs qui leur sont affiliés à intégrer dans leurs activités les personnes handicapées. Le ministère examine avec l'ensemble des partenaires les leviers à actionner permettant d'infléchir ces tendances. Cette politique se traduit également par la valorisation et la diffusion de « bonnes pratiques », la mise en place d'observatoires, de diagnostics, l'animation de réseaux par les quatre pôles ressources nationaux avec notamment l'organisation de rencontres interfédérales.

INDICATEUR P219-775-775

Pratique sportive des publics prioritaires

(du point de vue de l'usager)

	Unité	2017 Réalisation	2018 Réalisation	2019 Prévision PAP 2019	2019 Prévision actualisée	2020 Prévision	2020 Cible
Nombre de clubs garantissant l'accueil de personnes en situation de handicap	Nb	5 238	5 600	6 500	5 750	7 000	7 000
Nombre de clubs garantissant l'accueil de personnes en affection de longue durée	Nb	Non connu	Non connu	Non déterminé	3 500	5 500	Non déterminé

Précisions méthodologiques

Source des données :

Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire (INJEP) - Mission « Enquêtes, données et études statistiques » (MEDES) ; site internet « Handiguide des sports » ; dispositifs de référencement / labellisation des DRJSCS et ARS "Sport-Santé"

Mode de calcul :

Le champ géographique est la France entière pour l'ensemble des taux de licences, à l'exception du sous-indicateur taux de licences dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville dont le champ est la France entière hors Mayotte.

Les chiffres indiqués regroupent dorénavant uniquement les licences stricto sensu pour l'ensemble des sous-indicateurs.

Les autres titres de participation (ATP) délivrés le plus souvent pour une pratique sportive occasionnelle ne sont pas comptabilisés. Les données définitives sont disponibles au mois de juillet de l'année n+1. Le nombre de licences est obtenu à partir d'un recensement annuel effectué auprès des fédérations sportives par la mission « Enquêtes, données et études statistiques » (MEDES) de l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP), service statistique ministériel en charge de la jeunesse et des sports, qui contrôle la cohérence interne et l'évolution des données transmises par les fédérations.

Cet indicateur rend compte de la pratique sportive licenciée dans un club sportif affilié à une fédération française sportive agréée mais il ne permet pas de mesurer la totalité de la pratique sportive.

Le décompte du nombre de clubs sportifs garantissant l'accueil de personnes en situation de handicap est effectué à partir du site internet « Handiguide » (http://www.handiguide.sports.gouv.fr) qui permet, d'une part, à ces personnes de trouver un club d'accueil et, d'autre part, aux structures sportives de faire connaître leurs activités. L'inscription d'une structure sportive sur le site Internet « Handiguide » fait l'objet, préalablement à sa publication, d'une validation par la direction départementale de la cohésion sociale compétente ou à défaut par le pôle ressources national sport et handicaps. L'outil « Handiguide », permet de distinguer d'une part le nombre de clubs déclarant être en capacité d'accueillir des jeunes en situation de handicap, et d'autre part ceux accueillant réellement des personnes en situation de handicap. C'est ce dernier chiffre qui permet de mesurer la réalité de la pratique sportive des personnes en situation de handicap qui a été retenu.

Le décompte du nombre de clubs sportifs garantissant l'accueil de personnes en affection de longue durée (ALD) est effectué à partir d'un questionnaire croisé à l'attention des DRJSCS et des fédérations sportives dont les critères ont été élaborés en 2019. Ces structures sont identifiées sur des sites Internet développés par les DRJSCS en lien avec les ARS qui permettent, d'une part, à ces personnes et à leurs médecins traitants de trouver un club d'accueil et, d'autre part, aux structures sportives de faire connaître leurs activités. Le référencement d'une structure sportive par les DRJSCS fait l'objet, préalablement à sa publication, d'une validation par le COPIL régional Sport Santé Bien-Etre. L'identification et la généralisation des critères définis par le ministère des sports en lien notamment avec le ministère de la santé permettront une harmonisation du recensement et du référencement des structures concernées dès 2020 et favorisera l'identification quantitative des clubs déclarant être en capacité d'accueillir des personnes en ALD, et d'autre part ceux accueillant réellement des personnes en ALD. C'est ce dernier chiffre qui permet de mesurer la réalité de la pratique sportive des personnes en ALD qui a été ici retenu.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

À la date du 13 aout 2019, les données de 108 des 113 fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports ont pu être traitées. Sur cette base, le nombre de licences est estimé provisoirement à 16,4 millions en 2018 (les chiffres de 2017 ont été repris pour les fédérations n'ayant pas encore été traitées). Le taux de licences est ainsi estimé au plan national à 24,4 % (16,4 millions de licences hors ATP délivrées en 2018 pour 67,0 millions de personnes résidant en France hors COM).

Le nombre de clubs garantissant l'accueil de personnes en situation de handicap est estimé à 5600 en 2018 contre 5238 en 2017 soit +6,91 % (+ 15,8% en 2017). Sur les 5925 associations dont les fiches ont été mises à jour, 4253 soit une proportion de 71,78 % déclarent accueillir effectivement des personnes en situation de handicap. La réalisation 2018 est estimée à 5600 (71,78% x 7801 clubs inscrits sur Handiguide). Pour 2019, la prévision du nombre de clubs garantissant l'accueil de personnes en handicap s'élève à 5750. Pour 2020, la prévision est maintenue à 7000 en raison de la refonte d'handiguide qui s'accompagne d'une forte mobilisation du CPSF et des fédérations sportives.

Le nombre de clubs garantissant l'accueil de personnes en affection de longue durée est attendu à 3500 en 2019. Cette prévision résulte d'une consolidation, effectuée mi 2019, sur la base des données transmises par les DR(D)JSCS qui ont été considérées plus fiables que des données très sensiblement supérieures issues des fédérations sportives.

Le manque de base méthodologique harmonisée pour le recueil de cet indicateur explique ce décalage entre les sources de données. La mise en place de critères nationaux s'inscrits dans les objectifs de la Stratégie nationale sport santé présentée le 25 mars 2019 lors du Comité interministériel de la santé et validée le 20 mai. Une campagne de sensibilisation continue auprès des fédérations sportives devrait permettre de stabiliser et d'assurer un juste recueil des données et faire progresser sensiblement l'indicateur en 2020.

SE LIBÉRER DES ADDICTIONS

OBJECTIF P204-727

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

L'état de santé de la population française est globalement bon. Néanmoins, des disparités sensibles perdurent tant entre les genres qu'entre les territoires et les catégories sociales. Afin d'assurer un égal accès à la santé à l'ensemble de nos concitoyens et plus particulièrement aux publics les plus exposés à certains risques ou vulnérables, l'éducation pour la santé, l'accès à des informations claires et accessibles par tous, sont des leviers essentiels qui contribuent à réduire le fardeau des maladies chroniques transmissibles ou non.

La politique de prévention est donc essentielle dans cet objectif et dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales en matière de santé.

Les indicateurs retenus pour cet objectif participent de cette dynamique avec notamment la prévention vaccinale et le dépistage du cancer colorectal mais également le tabagisme.

En effet, le tabagisme est l'un des déterminants majeurs des maladies chroniques non transmissibles. Il est ainsi responsable de 75 000 décès par an dont 46 000 décès par cancers mais également 17 000 décès par maladie cardiovasculaire et 12 000 par maladie respiratoire. Le plan national de lutte, contre le tabac 2018-2022 répond ainsi à l'enjeu de lutter contre ce fléau de santé publique et les risques qui lui sont associés.

INDICATEUR P204-727-14095

Prévalence du tabagisme quotidien en population de 18 ans à 75 ans

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2017 Réalisation	2018 Réalisation	2019 Prévision PAP 2019	2019 Prévision actualisée	2020 Prévision	2020 Cible
Prévalence du tabagisme quotidien en population de 18 ans à 75 ans	%	Non déterminé	25,4	25.9	25	24	25

Précisions méthodologiques

Les enquêtes « Baromètre santé de Santé publique France » sont des enquêtes réalisées par téléphone.

En 2018, l'échantillon comprenait 9 074 individus ,représentatif des 18-75 ans résidant en France métropolitaine et parlant français.

L'échantillon a été constitué grâce à un sondage aléatoire à deux degrés : les numéros de téléphone sont dans un premier temps générés aléatoirement, puis l'individu est sélectionné au hasard au sein des membres éligibles du ménage. La réalisation de l'enquête, par système de Collecte assistée par téléphone et informatique (Cati), a été confiée à l'Institut Ipsos. Le terrain s'est déroulé de janvier à juillet 2018.

La prévalence du tabagisme quotidien est calculée à partir du nombre de personnes déclarant fumer au moins une fois par jour du tabac sur le nombre de personnes interrogées. Les données sont pondérées pour tenir compte de la probabilité d'inclusion, et redressées sur les distributions, observées dans la population de référence (enquête emploi 2016 de l'institut national de la statistique et des études économiques, Insee), des variables sociodémographiques suivantes : sexe croisé par l'âge en tranches décennales, région, taille d'agglomération, niveau de diplôme, taille du foyer.

Les données sont anonymisées et conservées à l'ANSP

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Le programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2018-2022 vient renforcer le programme national de réduction du tabagisme (PNRT), en élargissant la palette d'interventions combinant ainsi des actions sur le volet économique et sur les volets sociaux et sanitaires. Il ambitionne d'atteindre en 2032 la première génération d'adultes non-fumeurs (< 5% de fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans).

Cela se traduit notamment par :

- des actions pour protéger les enfants et éviter l'entrée dans le tabagisme, notamment en déployant de nouveaux modèles d'intervention en milieu scolaire et en mobilisant la société civile pour renforcer la prévention et la promotion de la santé et favoriser la dénormalisation du tabac,
- l'accompagnement des fumeurs vers le sevrage : 80 produits de substitution remboursés, une campagne annuelle de mobilisation pour aider à l'arrêt « Mois sans tabac »,
- l'augmentation de la fiscalité sur l'ensemble des produits du tabac, et notamment l'objectif d'un prix moyen du paquet de cigarettes de 10 € en 2020, La lutte contre le commerce illicite de tabac par un dispositif de traçabilité et d'authentification des produits du tabac depuis mai 2019 pour les cigarettes et le tabac à rouler,
- le renforcement de la surveillance, de la recherche et une amélioration des connaissances sur le tabac.

Les premiers résultats sont déjà visibles avec 1,6 millions de fumeurs quotidiens en moins en 2 ans.

MON HABITAT ET MES ENVIRONNEMENTS DE VIE

OBJECTIF P204-3578

Prévenir et maîtriser les risques sanitaires-

L'impact sur la santé humaine des dégradations de l'environnement fait partie intégrante de la santé publique. L'eau du milieu naturel étant la matrice de l'environnement susceptible de recevoir toutes les pollutions, la qualité de l'eau potable est la première préoccupation des Français en matière d'environnement.

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

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

INDICATEUR P204-3578-14668

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

(du point de vue de l'usager)

	Unité	2017 Réalisation	2018 Réalisation	2019 Prévision PAP 2019	2019 Prévision actualisée	2020 Prévision	2020 Cible
Pourcentage d'unités de distribution d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité pour les paramètres biologiques	%	12,2	12	12.5	13	12.5	13,25

Précisions méthodologiques

L'indicateur représente la proportion d'unités de distribution (UDI) d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité microbiologique.

Une UDI désigne un ensemble de canalisation de distribution d'eau potable au sein duquel la qualité de l'eau est considérée comme homogène. Tous les abonnés raccordés au réseau public d'eau potable sont ainsi associés à une UDI. En 2015, 66,2 millions de personnes étaient alimentées par plus de 25 100 UDI.

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

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

Source des données : Base de données SISE-EAUX du Ministère chargé de la santé.

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

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

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

La qualité microbiologique de l'eau distribuée s'est nettement améliorée entre 2012 et 2015, passant de 16,7 % d'unités de distribution (UDI) présentant des dépassements des limites de qualité pour les paramètres biologiques à 12,5 %. Depuis 2015, ce pourcentage s'est stabilisé. Toutefois, malgré la diminution de l'indicateur, le pourcentage de population alimentée par de l'eau ayant été non conforme au cours de l'année est stable depuis 2013 (environ 2,6 % de la population). Les non conformités microbiologiques concernent principalement les petits réseaux de distribution : sur l'année 2017, 17 % des UDI desservant moins de 500 habitants ont été non conformes, alors que seulement 5,7 % des UDI desservant plus de 500 habitants ont été non conformes.

La poursuite de la diminution de l'indicateur constitue un objectif ambitieux au regard du nombre important d'UDI concernées par des dépassements des limites de qualité microbiologique (plusieurs milliers d'UDI concernées) et de leur taille (petites collectivités). La situation observée en 2015 et 2016 s'étant confirmée pour l'année 2017, la cible 2020 a été revue à la baisse.

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 (ARS). 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.

Ces leviers d'actions sont les suivants :

- des sanctions administratives du code de la santé publique (mise en demeure des collectivités, travaux d'office) proposées par l'ARS au préfet ;
- des subventions aux collectivités (mesures curatives : mise en place d'un traitement, recherche de nouvelles ressources en eau, interconnexion avec des réseaux de meilleure qualité) attribuées par les agences de l'eau ;
- une mobilisation des collectivités et des distributeurs d'eau par les Agences Régionales de Santé (mise en œuvre de mesures de prévention ou de gestion de type renforcement du contrôle de de la qualité de l'eau);
- une mise en œuvre de plans de gestion de la sécurité sanitaire des eaux par les responsables de la distribution d'eau (action du Plan national santé environnement 3) afin d'identifier et analyser les risques liés au système de production et de distribution de l'eau (dont le risque microbiologique) et de définir un plan d'actions permettant de maîtriser en permanence ces risques.

MA SANTÉ AU TRAVAIL

OBJECTIF P111-953

Contribuer à la prévention et à la réduction des risques professionnels-

La prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail, reconnues par ailleurs comme facteurs de compétitivité des entreprises, passent par l'information et la sensibilisation des acteurs : entreprises, branches, organisations syndicales et patronales, partenaires institutionnels de la prévention.

Le troisième Plan Santé au travail pour 2016-2020 (PST3) constitue la feuille de route gouvernementale pour la définition et la programmation des actions de l'ensemble des partenaires institutionnels et notamment les opérateurs de l'État. L'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) est un acteur-clé de la mise en œuvre de la politique de prévention de l'État définie dans le cadre de ce plan.

En 2018, pour assurer une meilleure traçabilité et une meilleure restitution de l'activité de l'opérateur, il a été décidé de faire porter la mesure de l'indicateur sur la part du temps opérationnel de l'ANACT consacré aux actions du PST3 pour lesquelles l'agence est positionnée comme responsable ou co-responsable. L'objectif de l'indicateur constitue désormais une cible « plancher ». Cette modification permet d'intégrer la réactivité attendue de l'opérateur face à l'évolution dans le temps des objectifs définis dans le PST3 et à l'émergence de problématiques nouvelles en parallèle de son activité sur les axes du Plan santé au travail.

L'indicateur relatif à l'amiante a lui pour objet de mesurer le renforcement des interventions en la matière. En effet, chaque année, entre 4000 et 5000 maladies professionnelles liées à l'amiante sont reconnues, dont environ 1000 cancers. Ces maladies sont au premier rang des indemnisations versées au titre des maladies professionnelles. La

création, dans le cadre de la réforme de l'inspection du travail, d'unités spécialisées sur le risque « amiante », les réseaux risques particuliers amiante, s'inscrit dans le cadre de cet objectif de renforcement.

INDICATEUR P111-953-14813

Part du temps opérationnel de l'ANACT consacré au plan santé au travail

(du point de vue du contribuable)

	Unité	2017 Réalisation	2018 Réalisation	2019 Prévision PAP 2019	2019 Prévision actualisée	2020 Prévision	2020 Cible
Part des interventions du réseau ANACT consacrées au plan santé au travail	%	Sans objet	79	75	75	70	70

Précisions méthodologiques

Source des données : DGT / ANACT

Mode de calcul de l'indicateur 2019 : Il s'agit de la proportion de temps opérationnel de l'ANACT et de l'ensemble du réseau ANACT/ARACT consacrée aux actions du troisième Plan santé au travail (PST 3) pour lesquelles l'ANACT est positionnée comme responsable ou co-responsable, au regard du temps opérationnel total.

Les données sont extraites de l'outil de gestion analytique du temps Saraweb commun à l'ANACT et aux ARACT.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Pour 2019, la prévision de 75 % est maintenue, en légère baisse de la réalisation de 2018, car l'activité de l'Agence pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) consacrée aux actions du Plan de santé au travail (PST 3) devrait se maintenir tout en mettant en œuvre de nouvelles actions n'entrant pas dans le champ du PST 3.

En effet, à ce stade de la mise en œuvre du PST 3, et en ce qui concerne plus spécifiquement les actions pilotées ou co-pilotées par l'agence nationale pour l'ANACT, il peut être distingué :

- un volant d'actions (l'action 1.8 au titre de l'accompagnement du vieillissement actif ou encore l'action 2.7 qui cible le maintien en emploi des maladies chroniques) proches de l'achèvement ou fortement dépendantes de la mobilisation de financements dédiés et de l'engagement effectif d'autres acteurs (action 1.16 pour la prévention des chutes de plain-pied) ;
- un volant d'actions nécessitant de conserver un niveau d'investissement significatif de la part du réseau ANACT-ARACT (association régionale pour l'amélioration des conditions de travail), à savoir les actions 1.17 et 1.19 au titre de la prévention des risques psycho-sociaux (RPS), 1.21 sur l'usage des outils numériques, 2.1 pour la mise en œuvre de la feuille de route « Faire école » adoptée en 2019, 2.2 et 2.4 au titre de la promotion de la qualité de vie au travail et 3.13 pour favoriser l'établissement de diagnostics territoriaux.

En 2020, dernière année du plan, l'indicateur entamera une diminution du fait de l'achèvement de certaines actions. Par ailleurs, le contrat d'objectif et de performance (COP) portant sur le période 2018-2021 définit l'égalité professionnelle comme l'un des champs d'intervention prioritaires de l'agence. Ce COP fixe une cible à 15 % d'activité sur ce champ en 2020.

Cette thématique n'entrant pas dans le cadre du PST 3, il est important de veiller à ce que l'ANACT puisse concilier ces deux indicateurs tout en poursuivant un pilotage transversal de son activité (développement de partenariats, veille, capitalisation, rédaction éditoriale etc.). Ceci explique la fixation d'une cible à 70 % de l'indicateur 1.2 pour 2020.

INDICATEUR P111-953-14019

Part des interventions "amiante" des services de l'inspection du travail sur l'ensemble des interventions

(du point de vue du contribuable)

	Unité	2017 Réalisation	2018 Réalisation	2019 Prévision PAP 2019	2019 Prévision actualisée	2020 Prévision	2020 Cible
Part des interventions "amiante" des services de l'inspection du travail sur l'ensemble des interventions	%	Sans objet	4	3,5	4,5	5	4

Précisions méthodologiques

Source des données : DGT

Mode de calcul : L'indicateur, calculé via les données fournies par le système d'information WIKI'T, porte sur le rapport entre les interventions sur le champ de l'amiante et les interventions des services de l'inspection du travail.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Pour 2020, dans le prolongement de ce qui a été engagé en 2019, et dans la poursuite de la mise en œuvre du plan d'action interministériel de trois ans relatif à l'amiante et du 3ème plan santé travail (2016-2020), les démarches stratégiques des directions régionales des entreprises, de la concurrence, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) sur le sujet ont été renforcées. Elles se sont inscrite dans le cadre organisationnel du système d'inspection du travail qui a nécessité de conforter et d'intensifier l'activité spécifique des réseaux des risques particuliers, notamment en renforçant le fonctionnement opérationnel du réseau des risques particuliers dans toutes ses dimensions, y compris pour le contrôle des organismes de formations des salariés pour s'assurer d'une bonne et réelle formation délivrée aux opérateurs les plus exposés.

L'action vis-à-vis de tous les acteurs, et non des seules entreprises de bâtiment et travaux publics (BTP) en charge de procéder à du désamiantage, doit se poursuivre afin de sensibiliser au mieux l'ensemble des secteurs concernés et de tendre à une prévention plus efficace.

Enfin, il est attendu une couverture homogène sur l'ensemble du territoire et une action renforcée dans le cadre de la mise en œuvre du repérage avant – travaux, nouvelle obligation réglementaire de prévention du risque amiante adoptée dans le cours de l'année 2019.

Il s'agit d'une évolution sur l'indicateur, celui-ci ayant été modifié pour 2019, les premières estimations sur le 1er semestre 2019 nous conduisent à maintenir la cible sur 2020, cible qui nécessitera un pilotage resserré.

JE PROTÈGE LA SANTÉ DES AUTRES

OBJECTIF P152-2215

Renforcer l'efficacité dans la lutte contre l'insécurité routière-

L'objectif de la lutte contre l'insécurité routière demeure la réduction du nombre des tués.

Présente sur près de 87 % du réseau routier français, ce qui représente plus de 980 000 kilomètres de voies de

communication, la gendarmerie nationale est un acteur incontournable de la lutte contre l'insécurité routière. Elle constitue un de ses pôles d'excellence.

Si l'exécution de la mission de police sur la route repose en premier lieu sur le maillage des unités territoriales, celles-ci sont renforcées dans leur action par des unités motorisées regroupées au sein des escadrons départementaux de sécurité routière (EDSR).

Deux des trois indicateurs permettent d'apprécier la réalisation de cet objectif :

L'indicateur 4.2 « Indice d'efficacité du dépistage d'alcoolémie sur les accidents corporels dus à l'alcool ». Il mesure l'efficacité de l'action opérationnelle des unités face au risque d'accidents impliquant la consommation d'alcool comme cause ou facteur aggravant.

L'indicateur 4.3 « Indice d'efficacité du dépistage des stupéfiants sur les accidents corporels impliquant l'usage de stupéfiant ». Il mesure l'efficacité de l'action opérationnelle des unités face aux risques d'accidents impliquant la consommation de produits stupéfiants comme cause ou facteur aggravant.

INDICATEUR P152-2215-2215

Indice d'efficacité du dépistage d'alcoolémie sur les accidents corporels dus à l'alcool

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2017 Réalisation	2018 Réalisation	2019 Prévision PAP 2019	2019 Prévision actualisée	2020 Prévision	2020 Cible
Indice d'efficacité du dépistage d'alcoolémie sur les accidents corporels dus à l'alcool	indice	0,54	1,01	>1	>1	>1	>1

Précisions méthodologiques

Périmètre

National (métropole, outre-mer, gendarmeries spécialisées).

Mode de calcul

Evolution annuelle du nombre d'infractions d'alcoolémie relevées, rapportée à l'évolution annuelle du nombre d'accidents corporels impliquant la consommation d'alcool.

Sources des données

Direction générale de la gendarmerie nationale (DGGN), mission du pilotage et de la performance (MPP).

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Les prévisions et la cible ont été déterminées en tenant compte des orientations et objectifs ministériels, des résultats consolidés obtenus en 2018 et des réalités opérationnelles.

Afin de maintenir cet indice à une valeur supérieure à 1, la gendarmerie nationale :

- mène ou soutient des actions de prévention liées aux dangers de la conduite après consommation d'alcool ;
- maintient un niveau élevé de dépistages de l'alcoolémie en ciblant les lieux et les périodes correspondant aux comportements à risques. Des opérations de sécurité routière seront ainsi menées autour des établissements de nuit, des zones touristiques, et des périodes de fête en fonction des analyses réalisées au niveau local par les commandants d'unité.

INDICATEUR P152-2215-2216

Indice d'efficacité du dépistage des stupéfiants sur les accidents corporels impliquant l'usage de stupéfiants

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2017 Réalisation	2018 Réalisation	2019 Prévision PAP 2019	2019 Prévision actualisée	2020 Prévision	2020 Cible
Indice d'efficacité du dépistage des stupéfiants sur les accidents corporels impliquant l'usage de stupéfiants	indice	0,65	1,34	>1	>1	>1	>1

Précisions méthodologiques

Périmètre

National (métropole, outre-mer, gendarmeries spécialisées).

Mode de calcul

Evolution annuelle du nombre d'infractions relevées pour conduite après avoir fait usage de produits stupéfiants, rapportée à l'évolution annuelle du nombre d'accidents corporels impliquant la consommation de stupéfiants.

Sources des données

Direction générale de la gendarmerie nationale (DGGN), mission du pilotage et de la performance (MPP).

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Les prévisions et la cible ont été déterminées en tenant compte des orientations et objectifs ministériels, des résultats consolidés obtenus en 2018 et des réalités opérationnelles.

Afin de maintenir cet indice à une valeur supérieure à 1, la gendarmerie nationale :

- mène ou soutient des actions de prévention liées aux dangers de la consommation de produits stupéfiants ;
- développe les dépistages de produits stupéfiants en ciblant les lieux et les périodes correspondant aux comportements à risques. Une attention particulière sera portée sur les jeunes conducteurs.

AXE 3 : BIEN VIEILLIR ET PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

La population française continue de vieillir, sous le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations du baby-boom.

L'espérance de vie à 65 ans en France est la plus élevée d'Europe.

La catégorie des personnes âgées n'est pas homogène et la représentation qu'on s'en fait évolue. Les seniors retraités mais encore très actifs, ont remplacé le troisième âge ; le quatrième âge est apparu avec ses problèmes de santé et de restriction d'activité. Cette catégorisation sociale est propre à nos sociétés et risque de contribuer un peu plus à stigmatiser le « grand âge ».

Ceux qui sont appelés les séniors sont globalement en bonne santé, quand bien même ils sont fréquemment atteints par un certain nombre de pathologies (déficiences sensorielles, troubles de mémoire immédiate, maladies dégénératives notamment rhumatismales, diabète…).

Les femmes sont souvent atteintes d'ostéoporose post-ménopausique ne nécessitant qu'une surveillance régulière ou pour certaines un traitement, afin d'en prévenir les complications. Généralement, ces troubles ne s'accompagnent pas de retentissement important dans leur vie quotidienne.

Une partie des personnes âgées connaît des problèmes de santé plus sévères, en lien avec la survenue d'un accident cardio-vasculaire ou cérébro-vasculaire, d'un cancer ou d'une maladie neurodégénérative (maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, …).

A partir de 70 ans, les limitations fonctionnelles deviennent plus fréquentes, conséquence d'une association de problèmes physiques, sensoriels et cognitifs.

A partir de 80-85 ans s'expriment de façon importante au quotidien, les effets conjugués de la sénescence et des conséquences fonctionnelles et sociales des maladies chroniques invalidantes, dont la fréquence augmente avec l'âge. Les deux tiers des personnes très âgées déclarent ainsi des douleurs physiques d'une intensité importante, sources d'incapacités et de handicaps (70 % des hommes et 80 % des femmes déclarent au moins une limitation fonctionnelle, 50 % deux, voire trois), ainsi qu'une gêne dans les activités quotidiennes.

Les différences sociales d'espérance de vie sans incapacité qui s'observent après 60 ans, témoignent d'un effet de long terme sur la santé de la catégorie professionnelle et des conditions de vie et de travail qui lui sont associées.

La progression de l'espérance de vie aux âges élevés, soulève la question de la qualité de vie des années supplémentaires vécues.

2 objectifs et 3 indicateurs sont présenté en sous-axe :

- **Bien manger et bouger**

  1. Réduire les inégalités d'accès à la pratique sportive et promouvoir l'insertion du sport dans les différentes politiques publiques

     - Pratique sportive des publics prioritaires : taux de licences des seniors (plus de 55 ans)

- **Les repérages et prise en charge précoce**:

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

     - Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 an sà 74 ans

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

OBJECTIFS CONCOURANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE DE CET AXE

BIEN MANGER ET BOUGER

OBJECTIF P219-775

Réduire les inégalités d'accès à la pratique sportive et promouvoir l'insertion du sport dans les différentes politiques publiques-

L'État, les collectivités territoriales et leurs groupements, les fédérations sportives, les associations et les clubs locaux participent au développement de la pratique sportive. Le ministère chargé des sports intervient, au nom de l'État, pour initier et mettre en œuvre cette politique en faveur du sport en renforçant la connaissance et l'analyse des pratiques sportives, en attribuant des concours financiers et en personnels, en assurant la qualité de l'encadrement, en contribuant à la réalisation d'équipements sportifs et en soutenant l'organisation de grands événements internationaux qui ont un impact certain sur le nombre des licences.

Le traitement de la réduction des inégalités d'accès entre les femmes et les hommes, entre les territoires urbains et ruraux, entre les personnes valides et les personnes en situation de handicap, d'une part, et la pratique des adolescents, d'autre part, font l'objet d'une attention particulière.

L'indicateur de résultat 1.1 associé à l'objectif de réduction des inégalités dans l'accès à la pratique sportive permet d'apprécier, *in fine*, l'impact des actions volontaristes de développement qu'accompagne le ministère. Les actions proposées se caractérisent par une pratique diversifiée et adaptée aux publics visés, des plans de féminisation et la prise en compte des difficultés rencontrées dans les quartiers populaires.

Le ministère soutient la pratique sportive licenciée, car le club est porteur de valeurs, constitue un outil en faveur de la « mixité sociale » et favorise l'engagement citoyen. Le club est un espace de rencontres entre des individus que rien ne prédestinait à se côtoyer. Il permet à certains publics qui en sont souvent éloignés d'accéder à des responsabilités.

Les personnes socialement défavorisées pratiquent nettement moins d'activités sportives que d'autres publics. Un des objectifs du ministère est de rapprocher la proportion des jeunes filles et des femmes parmi les détenteurs d'une licence sportive (38 % environ) de la proportion de femmes dans la population (51,5 %).

INDICATEUR P219-775-775

Pratique sportive des publics prioritaires

(du point de vue de l'usager)

	Unité	2017 Réalisation	2018 Réalisation	2019 Prévision PAP 2019	2019 Prévision actualisée	2020 Prévision	2020 Cible
Taux de licences des seniors (plus de 55 ans)	%	10,9	11,1	Non déterminé	11,3	11,5	Non déterminé

Précisions méthodologiques

Sources :

Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire (INJEP) - Mission « Enquêtes, données et études statistiques » (MEDES) ; site internet « Handiguide des sports » ; dispositifs de référencement / labellisation des DRJSCS et ARS "Sport-Santé"

Mode de calcul :

Le champ géographique est la France entière pour l'ensemble des taux de licences, à l'exception du sous-indicateur taux de licences dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville dont le champ est la France entière hors Mayotte.

Les chiffres indiqués regroupent dorénavant uniquement les licences stricto sensu pour l'ensemble des sous-indicateurs. Les autres titres de participation (ATP) délivrés le plus souvent pour une pratique sportive occasionnelle ne sont pas comptabilisés. Les données définitives sont disponibles au mois de juillet de l'année n+1. Le nombre de licences est obtenu à partir d'un recensement annuel effectué auprès des fédérations sportives par la mission « Enquêtes, données et études statistiques » (MEDES) de l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP), service statistique ministériel en charge de la jeunesse et des sports, qui contrôle la cohérence interne et l'évolution des données transmises par les fédérations. Cet indicateur rend compte de la pratique sportive licenciée dans un club sportif affilié à une fédération française sportive agréée mais il ne permet pas de mesurer la totalité de la pratique sportive.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

À la date du 13 aout 2019, les données de 108 des 113 fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports ont pu être traitées. Sur cette base, le nombre de licences est estimé provisoirement à 16,4 millions en 2018 (les chiffres de 2017 ont été repris pour les fédérations n'ayant pas encore été traitées). Le taux de licences est ainsi estimé au plan national à 24,4 % (16,4 millions de licences hors ATP délivrées en 2018 pour 67,0 millions de personnes résidant en France hors COM).

Au sein des 55 ans et plus, le taux de licences est estimé en 2018 à 11,1 % (2,42 millions de licences distribuées pour 21,85 millions de personne d'au moins 55 ans).

LES REPÉRAGES ET PRISE EN CHARGE PRÉCOCE

OBJECTIF P204-727

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

L'état de santé de la population française est globalement bon. Néanmoins, des disparités sensibles perdurent tant entre les genres qu'entre les territoires et les catégories sociales. Afin d'assurer un égal accès à la santé à l'ensemble de nos concitoyens et plus particulièrement aux publics les plus exposés à certains risques ou vulnérables, l'éducation pour la santé, l'accès à des informations claires et accessibles par tous, sont des leviers essentiels qui contribuent à réduire le fardeau des maladies chroniques transmissibles ou non.

La politique de prévention est donc essentielle dans cet objectif et dans la lutte contre les inégalités sociales en matière de santé.

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

INDICATEUR P204-727-14574

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	2017 Réalisation	2018 Réalisation	2019 Prévision PAP 2019	2019 Prévision actualisée	2020 Prévision	2020 Cible
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 ans à 74 ans	%	33,5	32.1	46.4	35.7	39.3	50

Précisions méthodologiques

Le recueil des données sur les personnes ayant réalisé un dépistage du cancer colorectal est réalisé par les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers. Les données sont transmises à l'ANSP/Santé Publique France pour les analyses nationales.

Les données sont relevées sur deux ans (2017-2018) permettant ainsi de prendre en compte une période de temps correspondant à la durée de la campagne d'invitation 2017-2018 (le calcul est fait sur deux années glissantes car la population est appelée à bénéficier de l'intervention par moitié chaque année), puis standardisé sur la population française.

Le taux de participation est le rapport entre le nombre de personnes de 50 à 74 ans ayant réalisé un test de dépistage et le nombre de personnes de 50 à 74 ans concernées par le dépistage pendant les deux années évaluées, auquel on soustrait les exclusions indiquées par l'arrêté du 19 mars 2018 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006.

Le changement du test utilisé dans le dépistage organisé en 2015 pour un test plus simple d'utilisation pour les personnes devait contribuer à une hausse du taux de participation au programme national de dépistage organisé du cancer colo rectal. Cette augmentation attendue n'est pas encore effective. Un arrêté en date du 19 mars 2018 autorise des modalités supplémentaires de remise des tests de dépistage dans l'objectif de favoriser la participation de la population au programme, notamment des envois en seconde relance pour lesquels un financement complémentaire a été apporté en 2019. A côté des médecins généralistes, les gynécologues les hépato-gastroentérologues et les centres d'examen de santé de l'assurance maladie peuvent maintenant remettre le kit de dépistage du cancer colorectal aux femmes et hommes âgés de 50 à 74 ans, invités à se faire dépister.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Pour mémoire, la prévision calculée en 2014 partait du réalisé 2012-2013 et tenait compte de la mise en place du test immunologique en prévoyant une progression différenciée selon les régions de façon à atteindre la cible de 50 % à l'échéance du plan (résultats des années 2019-2020).

En 2019, la prévision d'évolution pour les années 2019 à 2023 a été revue en fonction du taux de participation réalisé en 2018 (2017-2018), avec une progression différenciée selon les régions, de façon à atteindre la cible de 50 % en 2023 (2022-2023).

Afin d'atteindre la cible, plusieurs opérations de communication/sensibilisation sont organisées chaque année. Les opérations se déroulent autour de l'opération « Mars bleu », opération décalée au 2ème semestre en 2019, du fait de la transition de marché des tests de dépistage :

- plan de communication de l'INCa, avec communications radio, télévision, presse, pour le grand public et mailing vers les professionnels de santé concernés ;
- communiqués de presse qui donne lieu à des articles dans la presse grand public ;
- opérations menées par les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers à un niveau plus local, par exemple autour du « colon gonflable » qui permet aux publics de visiter l'intérieur d'une représentation d'un colon, ou encore distribution de dépliants réalisés par l'INCa sur des lieux publics (marches, ...)
- communications auprès des assurés et dans des lieux de l'assurance maladie.

Une réflexion visant l'augmentation de la participation est en cours, en s'appuyant sur une évolution des stratégies ou des modalités de ce dépistage.

INDICATEUR P204-727-14573

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

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2017 Réalisation	2018 Réalisation	2019 Prévision PAP 2019	2019 Prévision actualisée	2020 Prévision	2020 Cible
Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus	%	48,2	51	50	51	60	60

Précisions méthodologiques

Une nouvelle méthode d'estimation de la couverture vaccinale en 2017-2018 a été retravaillée par l'ANSP et la CNAM. Les estimations se basent sur un dénominateur plus large (base DCIR, 98% des assurés sociaux) et non plus sur la population invitée ESOPE de la CNAM. Cette méthode a désormais vocation à devenir la référence. L'estimation de la couverture vaccinale (2016-2017) avec la nouvelle méthode France Entière utilisée en 2017-2018 est de 45,7% (soit -0,1 point en 1 an). Elle avait été estimée à 46 % selon l'ancienne méthode. Par ailleurs pour l'indicateur « 65 ans et plus », la couverture vaccinale s'élevait à 50 % en 2016/2017 et à 49,7 % en 2017/2018 selon cette nouvelle méthode soit une baisse de 0,3 point. Pour mémoire, selon l'ancienne méthode (qui n'est plus utilisée) la couverture vaccinale chez les 65 ans et plus est de 49,6 % en 2017-2018 et elle s'élevait à 49,8 % en 2016-2017 (Données CNAM- régime général). Les deux méthodes montrent une tendance à la baisse.

Source des données : ANSP, CNAM, 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. (Données individuelles DCIR, 98 % des assurés sociaux).

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Jusqu'en 2008-2009, le taux de couverture vaccinale était en progression. Depuis la pandémie H1N1, une baisse constante de la couverture vaccinale grippale est observée. Cette baisse concerne principalement les personnes âgées de 65 ans ou plus, chez lesquelles la couverture sur la période 2016-2017 est de plus de 15 % inférieure à celle de la saison 2008-2009. Ce recul est sans doute multifactoriel, lié à la mauvaise perception de la gravité potentielle de la grippe, à une moindre confiance dans la vaccination en général et au fait que la vaccination doit être répétée tous les ans.

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

Plusieurs leviers d'action sont envisageables :

- améliorer le dispositif de communication et l'adapter davantage aux populations cibles ;
- renforcer les connaissances des professionnels de santé en matière de vaccination antigrippale ;
- renforcer la couverture vaccinale des professionnels de santé ;
- simplifier le parcours vaccinal : expérimentation de la vaccination grippale par les pharmaciens, autorisation pour les infirmiers de pratiquer la primo-vaccination contre la grippe et mise à disposition de vaccins grippaux chez le médecin traitant.

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR PROGRAMME

ÉVALUATION DES CRÉDITS CONSACRÉS À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé du programme ou du PSR ou de l'action	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
P204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	**114 746 151**	**115 161 963**	**125 853 726**	**125 463 064**	**52 854 038**	**53 054 038**
P204-11 Pilotage de la politique de santé publique	68 667 918	68 667 790	77 022 917	76 842 178	5 650 000	5 850 000
P204-12 Santé des populations	895 203	895 203	768 500	768 500	1 010 000	1 010 000
P204-14 Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	26 566 946	26 778 323	29 086 213	28 859 719	27 851 000	27 851 000
P204-15 Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	17 840 437	17 913 264	18 118 574	18 083 574	17 485 038	17 485 038
P204-16 Veille et sécurité sanitaire	727 647	823 030	809 522	728 593	810 000	810 000
P204-17 Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	48 000	84 353	48 000	180 500	48 000	48 000
P124 Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative	**16 609 579**	**16 609 579**	**16 177 730**	**16 177 730**	**15 773 287**	**15 773 287**
P124-18 Personnels mettant en oeuvre les politiques sociales et de la santé	16 609 579	16 609 579	16 177 730	16 177 730	15 773 287	15 773 287
P137 Égalité entre les femmes et les hommes	**2 904 841**	**29 804 841**	**3 150 169**	**3 150 169**	**3 043 502**	**3 043 502**
P137-21 Politiques publiques - Accès au droit	2 904 841	29 804 841	3 150 169	3 150 169	3 043 502	3 043 502
P304 Inclusion sociale et protection des personnes	**10 153 872**	**9 854 311**	**12 311 713**	**12 311 713**	**18 890 514**	**18 890 514**
P304-14 Aide alimentaire	10 153 872	9 854 311	10 311 713	10 311 713	14 890 514	14 890 514
P304-19 Stratégie interministérielle de Prévention et de Lutte contre la Pauvreté des Enfants et des Jeunes			2 000 000	2 000 000	4 000 000	4 000 000
P178 Préparation et emploi des forces	**9 294 936**	**9 193 834**	**10 919 982**	**10 809 796**	**11 377 435**	**11 337 995**
P178-02 Préparation des forces terrestres	1 689 000	1 689 000	2 869 000	2 869 000	2 900 000	2 900 000
P178-03 Préparation des forces navales	370 000	370 000	406 000	406 000	406 000	406 000
P178-04 Préparation des forces aériennes	56 588	56 485	76 842	54 542	57 072	57 072
P178-05 Logistique et soutien interarmées	7 179 348	7 078 349	7 568 140	7 480 254	8 014 363	7 974 923
P212 Soutien de la politique de la défense	**107 454 186**	**107 454 186**	**109 379 637**	**109 379 637**	**111 342 194**	**111 342 194**
P212-58 Logistique et soutien interarmées - Personnel travaillant pour le programme "Préparation et emploi des forces"	107 454 186	107 454 186	109 379 637	109 379 637	111 342 194	111 342 194
P143 Enseignement technique agricole	**11 560 000**	**11 560 000**	**11 732 887**	**11 732 887**	**11 789 634**	**11 789 634**
P143-01 Mise en oeuvre de	11 343 753	11 343 753	11 517 576	11 517 576	11 571 591	11 571 591

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé du programme ou du PSR ou de l'action	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
l'enseignement dans les établissements publics						
P143-04 Évolution des compétences et dynamique territoriale	216 247	216 247	215 311	215 311	218 043	218 043
P230 Vie de l'élève	**323 144 402**	**323 144 402**	**333 483 186**	**333 483 186**	**337 738 346**	**337 738 346**
P230-01 Vie scolaire et éducation à la responsabilité	218 676 266	218 676 266	216 070 741	216 070 741	219 565 705	219 565 705
P230-02 Santé scolaire	104 015 032	104 015 032	116 951 097	116 951 097	117 711 293	117 711 293
P230-06 Actions éducatives complémentaires aux enseignements	453 104	453 104	461 348	461 348	461 348	461 348
P214 Soutien de la politique de l'éducation nationale	**16 514 579**	**15 514 579**	**16 240 376**	**16 240 376**	**16 240 376**	**16 240 376**
P214-06 Politique des ressources humaines	16 514 579	15 514 579	16 240 376	16 240 376	16 240 376	16 240 376
P152 Gendarmerie nationale	**216 310 746**	**214 415 960**	**222 846 344**	**215 556 646**	**235 883 952**	**227 301 004**
P152-01 Ordre et sécurité publics	23 430 882	22 978 560	24 972 821	23 229 868	25 926 111	23 873 945
P152-02 Sécurité routière	71 336 007	69 958 898	76 030 484	70 724 014	78 932 803	72 684 923
P152-03 Missions de police judiciaire et concours à la justice	120 948 538	120 905 780	121 193 133	121 028 373	130 349 640	130 155 650
P152-04 Commandement, ressources humaines et logistique	595 319	572 722	649 906	574 391	675 398	586 486
P207 Sécurité et éducation routières	**6 388 000**	**6 388 000**	**4 150 000**	**4 150 000**	**4 500 000**	**4 500 000**
P207-02 Démarches interministérielles et communication	6 388 000	6 388 000	4 150 000	4 150 000	4 500 000	4 500 000
P176 Police nationale	**1 014 950 703**	**1 003 274 203**	**1 091 688 546**	**1 079 909 583**	**1 060 075 618**	**1 054 488 812**
P107 Administration pénitentiaire			**3 600 748**	**3 600 748**	**3 658 052**	**3 658 052**
P107-02 Accueil et accompagnement des personnes placées sous main de justice			3 600 748	3 600 748	3 658 052	3 658 052
P166 Justice judiciaire	**146 274 746**	**146 274 746**	**147 161 135**	**147 161 135**	**144 644 635**	**144 644 635**
P182 Protection judiciaire de la jeunesse	**42 350 000**	**42 350 000**	**47 830 000**	**47 830 000**	**47 830 000**	**47 830 000**
P182-01 Mise en oeuvre des décisions judiciaires	42 350 000	42 350 000	47 830 000	47 830 000	47 830 000	47 830 000
P310 Conduite et pilotage de la politique de la justice	**11 688 923**	**11 363 167**	**12 734 127**	**12 734 127**	**12 930 810**	**12 930 810**
P310-10 Action sociale ministérielle	11 688 923	11 363 167	12 734 127	12 734 127	12 930 810	12 930 810
P129 Coordination du travail gouvernemental	**5 473 528**	**5 446 911**	**5 808 100**	**5 845 600**	**5 460 000**	**5 460 000**
P129-15 Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives	5 473 528	5 446 911	5 808 100	5 845 600	5 460 000	5 460 000
P123 Conditions de vie outre-mer	**94 000**	**94 000**	**1 999 500**	**1 999 500**		
P123-04 Sanitaire, social, culture, jeunesse et sports	94 000	94 000	1 999 500	1 999 500		
P219 Sport	**7 099 672**	**7 077 367**	**7 678 307**	**7 668 307**	**7 490 885**	**7 490 885**
P219-03 Prévention par le sport et protection des sportifs	7 099 672	7 077 367	7 678 307	7 668 307	7 490 885	7 490 885
P181 Prévention des risques	**794 606 774**	**792 862 576**	**838 328 679**	**832 802 247**	**826 510 608**	**826 689 112**
P181-01 Prévention des risques technologiques et des pollutions	88 822 582	87 095 801	101 043 634	90 981 845	95 347 635	90 526 138
P181-09 Contrôle de la sûreté nucléaire et de la radioprotection	57 102 892	56 976 799	58 974 289	63 974 289	60 316 861	65 316 861
P181-10 Prévention des risques naturels et hydrauliques	38 045 134	38 646 636	44 699 826	44 235 183	37 235 182	37 235 183
P181-11 Gestion de l'après-mine et	38 283 756	37 790 930	38 277 130	38 277 130	38 777 130	38 777 130

Numéro et intitulé du programme ou du PSR ou de l'action	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
travaux de mise en sécurité, indemnisations et expropriations sur les sites						
P181-12 Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME)	572 352 410	572 352 410	595 333 800	595 333 800	594 833 800	594 833 800
P190 Recherche dans les domaines de l'énergie, du développement et de la mobilité durables	**9 682 742**	**9 682 742**	**9 762 401**	**9 762 401**	**9 774 308**	**9 774 308**
P190-11 Recherche dans le domaine des risques	6 288 387	6 288 387	6 373 110	6 373 110	6 373 110	6 373 110
P190-12 Recherche dans le domaine des transports, de la construction et de l'aménagement	1 862 679	1 862 679	1 838 093	1 838 093	1 850 000	1 850 000
P190-13 Recherche partenariale dans le développement et l'aménagement durable	1 531 676	1 531 676	1 551 198	1 551 198	1 551 198	1 551 198
P111 Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail	**23 988 017**	**23 675 571**	**24 125 000**	**24 425 000**	**24 585 000**	**24 285 000**
P111-01 Santé et sécurité au travail	23 988 017	23 675 571	24 125 000	24 425 000	24 585 000	24 285 000
Total	**2 891 290 397**	**2 901 202 938**	**3 056 962 293**	**3 032 193 852**	**2 962 393 194**	**2 948 262 504**

AUTRES PROGRAMMES CONCOURANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

P231 Vie étudiante

P104 Intégration et accès à la nationalité française

PRÉSENTATION DES PROGRAMMES CONCOURANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

P204 PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé de l'action et total pour le programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
11 – Pilotage de la politique de santé publique	68 667 918	68 667 790	77 022 917	76 842 178	5 650 000	5 850 000
12 – Santé des populations	895 203	895 203	768 500	768 500	1 010 000	1 010 000
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	26 566 946	26 778 323	29 086 213	28 859 719	27 851 000	27 851 000
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	17 840 437	17 913 264	18 118 574	18 083 574	17 485 038	17 485 038
16 – Veille et sécurité sanitaire	727 647	823 030	809 522	728 593	810 000	810 000
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	48 000	84 353	48 000	180 500	48 000	48 000
P204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	**114 746 151**	**115 161 963**	**125 853 726**	**125 463 064**	**52 854 038**	**53 054 038**

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Placé sous la responsabilité du directeur général de la santé, le programme 204 est structuré autour de trois axes des politiques de santé conduits par l'État : « *Prévention en santé, sécurité sanitaire et offre de soins* ».

Le programme poursuit notamment les finalités générales suivantes :

- promouvoir l'accès et l'éducation à la santé ;
- diminuer la mortalité prématurée et la morbidité évitables par des actions de prévention ;
- améliorer la qualité de vie des personnes malades et lutter contre les incapacités ;
- renforcer la capacité à répondre aux urgences et aux situations exceptionnelles et à gérer les dangers et les crises pouvant menacer la santé de la population ;
- moderniser et garantir le niveau et la qualité de l'offre de soins.

Le programme 204 s'articule avec les autres programmes de l'Etat contribuant aux politiques de prévention en santé. Il s'appuie en outre sur les actions des organismes d'assurance maladie et certaines missions des collectivités territoriales, ainsi que sur les professionnels de santé et de nombreuses associations.

CONTRIBUTION DU PROGRAMME A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

La stratégie poursuivie en 2020 en termes de prévention, de sécurité sanitaire et d'offre de soins est en pleine cohérence avec la stratégie nationale de santé (SNS) définie le 31 décembre 2017 et dont le premier est la "mise en place d'une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie".

La SNS fait ainsi de la prévention un élément clé de notre système de santé. Elle trouve sa déclinaison dans les différents plans de santé publique ou dans les plans pouvant avoir un impact sur la santé des populations.

La SNS, comme les plans et programmes nationaux, donne lieu à un suivi annuel ainsi qu'à des évaluations pluriannuelles permettant d'apprécier les résultats sanitaires obtenus et l'impact sanitaire, social et économique au regard des ressources mobilisées, et d'en tirer les enseignements nécessaires à l'adaptation des politiques publiques. Les résultats du suivi annuel et des évaluations sont soumis pour avis à la Conférence nationale de santé et au Haut Conseil de santé publique (HCSP), avant d'être rendus publics.

En 2019, la HCSP a rendu public le premier volet de son évaluation du Plan national de santé publique (PNSP) montrant sa pertinence et sa cohérence avec les enjeux de santé, la SNS et les objectifs européens en matière de développement durable.

Ces priorités recouvrent largement les axes principaux du programme 204.

ACTIONS ET DEPENSES CONTRIBUANT A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

► Action n°11 - "*Pilotage de la politique de la santé publique*"

Cette action recouvre le soutien aux politiques de santé publique en contribuant à l'organisation et au financement du partenariat associatif, en développant les études et recherches et l'exploitation des systèmes d'information en santé.

- **Etudes et recherches**

L'identification des connaissances nécessaires à l'élaboration des politiques de santé, nécessite des interactions fortes entre les différentes directions du ministère chargé de la santé, les organismes de protection sociale, le ministère chargé de la recherche et les principaux opérateurs de recherche.

La mise en œuvre de ces orientations se traduit notamment par l'exercice de la tutelle de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), par la contribution à la programmation de l'Agence nationale de la recherche (ANR), la participation au niveau européen au comité de programme "*Santé, Bien-être et Vieillissement*" du programme cadre "*Horizon 2020*" et enfin l'élaboration des volets recherche des plans et programmes de santé publique, en concertation avec le ministère chargé de la recherche.

- **Outre-Mer**

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

Des crédits seront ainsi alloués pour des actions de prévention et de promotion de la santé portées par le volet outre-mer de la stratégie nationale de santé et par le Plan national de santé publique "*Priorité Prévention*". Elles concerneront l'amélioration des dispositifs d'observation et de connaissance des états de santé des populations ultramarines, des déterminants comportementaux ou socio-environnementaux, notamment en matière de lutte contre le surpoids et l'obésité, ainsi que le renforcement et l'appui de la coopération régionale.

Un effort particulier sera poursuivi pour permettre à l'administration territoriale de santé de Saint-Pierre et Miquelon de prolonger ses actions en matière de prévention et tout particulièrement celles consacrées à la santé-environnement et à la lutte contre les maladies chroniques.

- **Haut Conseil de santé publique (HCSP)**

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) peut être consulté par les ministres intéressés et par les présidents des commissions compétentes du Parlement sur toute question relative à la prévention, à la sécurité sanitaire ou à la performance du système de santé. Le HCSP contribue notamment à l'élaboration, au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la stratégie nationale de santé. Il apporte, en lien avec les agences sanitaires, une expertise à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire.

Le HCSP conduit plus largement des réflexions prospectives sur les questions de santé publique et contribue à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée. Il joue ainsi un rôle important dans

l'accompagnement des grands chantiers et le développement de la recherche également portée par le programme 204. Les crédits inscrits permettent de financer les études nécessaires pour accompagner le HCSP dans son expertise.

- **Systèmes d'information (SI) de santé publique**

Les SI sont des outils essentiels pour plusieurs actions en prévention santé. La réglementation applicable au champ sanitaire fait intervenir le levier numérique avec trois projets identifiés :

⇒ le projet Aqua-sise destiné à refondre l'outil national de contrôle sanitaire de l'eau (eau potable, eaux thermales et eaux de baignade) ;

⇒ le projet SI Amiante en lien avec la lutte contre le saturnisme et l'insalubrité dans les immeubles bâtis ;

⇒ la création et la gestion d'une base nationale relative au recensement et à l'utilisation des défibrillateurs cardiaques externes implantés sur l'ensemble du territoire.

De plus les projets confiés en maîtrise d'ouvrage déléguée à l'Agence des systèmes d'information partagés en santé (Asip santé) vont être renforcés avec le SI de la gestion des données recueillies et traitées par les centres antipoison, le SI en lien avec la déclaration des événements indésirables par les patients, professionnels de santé ou autres professionnels et leur diffusion la plus rapide vers les agences en charge de leur évaluation et expertise.

- **Partenariat associatif**

Le réseau associatif, est un partenaire essentiel à la réalisation des priorités de santé publique portées par le ministère des solidarités et de la santé. Ses actions, qui s'articulent avec celles de l'ensemble des acteurs que sont les agences régionales de santé, les opérateurs ou l'Assurance maladie, ont un effet de levier incontestable.

Les partenariats établis avec des associations de dimension nationale qui assurent une fonction de tête de réseau sont maintenus, 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.

Plus précisément, la consolidation des thématiques subventionnées en 2020 le sera en cohérence avec le Plan national de santé publique « *Priorité prévention* », comme cela a été le cas au cours des deux années précédentes.

En complément des actions thématiques (portées par les actions 12, 14 et 15), certaines seront également financées en direction des territoires avec trois têtes de réseaux dont l'objectif est l'implication des villes dans les politiques de santé. Les réseaux ont une couverture nationale comportant près de 120 villes ou communautés d'agglomération, dont toutes les capitales régionales.

- **Agence nationale de santé publique (ANSP - Santé publique France (SpF))**

En 2020, le financement de SpF sera transféré à l'Assurance maladie. La contribution financière de cette agence à la politique de prévention sera alors présentée en annexe lors de l'élaboration du DPT Prévention en santé 2021.

SpF concourt à la prévention et à la promotion de la santé à travers la mise en œuvre de campagnes structurantes de marketing social, le financement de dispositifs d'appui aux acteurs et de réseaux en santé publique ainsi qu'a travers la mise à disposition des publics de services d'aide à distance (téléphonie).

Ces actions de prévention et de promotion, pour ce qui concerne les programmes de lutte contre le tabagisme et les addictions (I) ont été renforcées depuis 2018 avec les financements complémentaires du fonds tabac puis du fonds addiction. Santé publique France s'est également fortement mobilisée sur la prévention en santé sexuelle (II), sur la promotion de la vaccination (III) et sur la prévention des risques en santé publique liés à l'alimentation et à la sédentarité (IV).

- **Programmes addictions : Tabac, alcool et autres drogues**

Les connaissances des consommateurs ainsi que celles de dommages liés à l'usage de Tabac, d'alcool ou d'autres substances psycho actives ont permis de construire des dispositifs de marketing social qui ont vocation à agir auprès de populations cibles et cela de manière adaptée et au plus près des territoires. C'est ainsi qu'un très important dispositif de marketing social anti-tabac est déployé depuis 2016, avec plusieurs temps de communication annuels dont l'intensité a été amplifiée en 2018 grâce à des crédits additionnels du Fonds de lutte contre le tabac.

Un nouveau dispositif de prévention sur l'alcool s'est également déployé, visant à la fois le grand public et des populations prioritaires comme les jeunes ou les femmes en âge de procréer.

♦ La prévention des risques et des dommages liés aux consommations d'alcool

En matière d'alcool, il s'agit d'éviter les risques pour la santé liés aux consommations de boissons alcooliques par une politique active de prévention et de prise en charge visant à réduire la consommation d'alcool moyenne par habitant et les usages à risques et nocifs associés. L'objectif principal est une diminution du nombre de décès attribuables à l'alcool, estimé en France à près de 41 000 par an.

Entre 2016 et 2019, les actions menées par l'agence ont concerné trois populations :

⇒ des femmes en âge de procréer (rappel du principe de précaution « *Zéro alcool pendant la grossesse* » à l'occasion du 9 septembre, journée mondiale de sensibilisation au syndrome d'alcoolisation fœtale) ;

⇒ les jeunes (avec notamment en 2019, une campagne de réduction des risques de consommation d'alcool et/ou de cannabis en contexte festif « *Amis aussi la nuit* ») ;

⇒ et la population générale avec un accent sur la population des buveurs excessifs, consommant au-delà des repères de consommation à moindre risque.

Des actions de prévention sont également menées avec les associations nationales et locales de prévention pour réduire la consommation des jeunes, notamment des jeunes conducteurs, limiter les risques liés à la consommation d'alcool et accompagner les personnes ayant des troubles liés à leur consommation d'alcool et leur entourage.

♦ La prévention du tabac

Le tabac, avec plus de 200 morts par jour est la première cause de mortalité évitable et la première cause de cancer.

La réduction de la consommation chez les jeunes est l'un des axes majeurs d'intervention pour aboutir à une diminution de la prévalence de l'usage quotidien de tabac qui est un déterminant important des maladies associées au tabac : cancers, maladies cardiovasculaires, maladies pulmonaires.

Le premier axe du programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019 vise à protéger les jeunes et éviter leur entrée dans le tabac, avec notamment l'extension des lieux où il est interdit de fumer (véhicule avec un mineur, aires collectives de jeux) ou la mise en place du paquet neutre standardisé. L'objectif du PNRT est de faire de la génération née depuis 2015 la première génération d'adultes non-fumeurs.

Les actions de marketing social conduites par SpF répondent à ce contexte et sont construites en fil rouge tout au long de l'année :

⇒ "*Mois sans Tabac*" vise à soutenir toutes les personnes qui souhaitent arrêter de fumer ;

⇒ les actions autour du 31 mai et les "*Bonnes résolutions du mois de janvier*" visent à promouvoir le dispositif Tabac info service et à déconstruire les idées fausses ;

⇒ le déploiement des programmes de prévention de l'entrée dans les addictions / Tabac comme le programme Assist ou le programme Unplugged.

♦ L'aide à distance dans le champ des addictions

SpF met à disposition du public une offre de service qualifiée en matière de prévention et d'aide à distance en santé (lignes d'appel, sites internet etc. dans le champ des addictions.

Ainsi, SpF répond aux demandes d'information, de conseil, de soutien, d'orientation liées à des situations de consommation de produits psychoactifs ou de dépendance au jeu au travers de 3 dispositifs d'aide :

⇒ Drogues info service : 0 800 23 13 13, appel gratuit et *www.drogues-info-service.fr*

⇒ Alcool info service 0 980 980 940, appel non surtaxé et *www.alcool-info-service.fr*

⇒ Joueurs info service 09 74 75 13 13, appel non surtaxé et *www.joueurs-info-service.fr*

SpF est par ailleurs chargée de la réalisation, de la mise à jour et de la mise à disposition du public de l'annuaire de l'ensemble des structures spécialisées en addictologie (près de 3 000 structures). Il est proposé un dispositif externalisé, "*Tabac info Service*", qui offre de l'information en matière de lutte contre le tabac mais aussi un service d'aide à l'arrêt.

- **Prévention et promotion en santé sexuelle**

Le programme santé sexuelle de Santé publique France s'inscrit dans le cadre de la « *Stratégie nationale de santé sexuelle* » dont l'objectif général est d'assurer « *un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité, de la naissance jusqu'à la vieillesse pour l'ensemble de la population* ». Le programme est structuré autour de trois axes : promotion de la santé sexuelle, pour toutes et tous, à tout âge, dans une approche globale et positive, amélioration de la connaissance et de l'appropriation de la prévention diversifiée pour lutter contre le VIH et les autres IST; et amélioration de la santé reproductive.

Pour chacun de ces axes sont développées des activités de surveillance (épidémiologique et comportementale) et de prévention par le déploiement de larges dispositifs d'information et d'éducation à la sexualité adaptés aux besoins et caractéristiques des différents publics.

- **Prévention et promotion de la vaccination**

Santé publique France accompagne le Plan de rénovation de la politique vaccinale. La communication conduite depuis 2016 à destination du grand public et des professionnels au sens large (professionnels de santé, de la petite enfance, élus) vise à rétablir la confiance dans la vaccination, à lutter contre les informations fausses et à terme améliorer la couverture vaccinale.

Depuis 2017, le site Vaccination info service permet de retrouver une information actualisée et validée. Ce site a été complété en 2018 d'une version à destination spécifiquement des professionnels de santé.

Une communication via internet, la radio et les réseaux sociaux avait permis, en 2017, de faire de la pédagogie autour de la vaccination. En 2018, une même démarche a permis d'accompagner la loi sur les obligations vaccinales du jeune enfant.

En 2019 une véritable action de marketing social autour de la vaccination a été développée par SpF avec un film TV : « *La meilleure protection c'est la vaccination* ».

- **Prévention des risques de maladies vectorielles**

Santé publique France assure la surveillance des risques et l'information des publics et des professionnels via la mise à disposition de différents moyens et outils de connaissance et de prévention.

- **Lutte contre la sédentarité et promotion des bonnes pratiques alimentaires**

Les dispositifs du programme Nutrition de SpF s'inscrivent dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) qui prend en compte l'alimentation, l'état nutritionnel, l'activité physique et la sédentarité. Il est constitué d'un volet surveillance et d'un volet prévention.

Afin de promouvoir les nouvelles recommandations alimentaires pour les adultes, une action de marketing social est prévue en octobre/novembre 2019.

L'objectif est de valoriser l'image de l'alimentation bonne pour la santé en l'associant au plaisir. Le dispositif valorise la progressivité vers une alimentation plus équilibrée, avec des recommandations articulées autour de 3 grandes notions : Aller vers / Augmenter / Réduire, et à travers un slogan invitant les personnes à améliorer leur alimentation petit à petit : « *Commencez par améliorer un plat que vous aimez déjà* ».

Depuis fin 2017, SpF participe au déploiement du Nutri-Score par l'accompagnement des entreprises et le développement de la notoriété du Nutri-Score à travers les actions de communication.

Les données d'Esteban publiées en septembre 2017 ont révélé une progression de l'inactivité physique et de la sédentarité préoccupante.

Le niveau global d'activité physique a plus particulièrement diminué chez les femmes et chez les enfants de 6-10 ans, et la sédentarité a augmenté chez tous.

En vue de promouvoir l'activité physique chez les jeunes, SpF a sélectionné cette année une structure de référence, le Centre national de déploiement en activité physique / lutte contre la sédentarité (CNDAPS), qui est chargée d'accompagner l'ensemble des partenaires intervenant en direction des enfants pour le déploiement de projets de type Intervention centrée sur l'activité physique et la sédentarité (ICAP) en région en soutien aux ARS.

- **Les autres dispositifs de prévention et de promotion en santé**

♦ Un site Internet pour répondre aux questions sur les produits chimiques :

L'agence a répondu à une saisine interministérielle du 8 juin 2018 sur cette question par un site internet "*Agir pour bébé*" à destination des couples en âge de procréer et des jeunes enfants.

Ce site s'appuie sur la connaissance des besoins fondamentaux de l'enfant pour développer une information relative aux enjeux de promotion de la santé dans cette population.

Il propose une rubrique « *Agir sur son environnement* » qui aborde la question des produits chimiques, des perturbateurs endocriniens, de l'air intérieur et apporte ainsi une réponse à la saisine (accessible au grand public au début du mois de septembre 2019).

♦ Prévention des risques environnementaux

Comme chaque année l'agence a actualisé les supports de prévention pour les risques saisonniers (canicule, grand froid, risques de l'été).

♦ Bien Vieillir

Le programme « *personnes âgées* » est en évolution.

L'agence a produit et promu en lien avec les caisses de retraite le site "*Bien vieillir*" et les brochures qui l'accompagnent ; Ces outils sont destinés aux personnes âgées elles-mêmes, aux aidants et aux professionnels du champ .Ce site a vocation à être porté directement par les caisses de retraite.

♦ Santé mentale

Le programme Santé mentale repose sur trois axes de travail.

⇒ la promotion de la santé mentale positive avec des travaux sur le développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes et ceux sur les évaluations d'interventions probantes comme le programme Unplugged et le soutien à leur déploiement ;

⇒ la prévention du suicide avec l'évaluation du projet Vigilans qui consiste à rappeler les patients qui ont consulté aux urgences pour une tentative de suicide et le soutien aux opérateurs de la téléphonie santé ;

⇒ la diffusion d'une information validée et de bonne qualité sur la santé mentale (avec l'appui de partenaires comme Psycom).

- **Santé périnatale et soutien à la parentalité** :

L'agence soutient les actions développées par la protection maternelle et infantile (PMI) notamment les interventions précoces à domicile avec une évaluation de l'intervention des acteurs de la promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents (PANJO) et soutient les ARS qui souhaitent déployer ce type de programme sur leur territoire.

Dans le cadre du soutien à la parentalité, l'agence évalue des interventions qui s'adressent à des enfants plus âgés et à leurs parents et a noué un partenariat avec le site Mpédia géré par l'association française des pédiatres ambulatoires afin de développer une rubrique parentalité.

► Action n°12 - "*Santé des populations*"

Cette action concourt à la mise en oeuvre de la prévenbtion dans tousles milieux et tout au long de la vie, et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales.

- **Santé des populations en difficulté**

Dans ce cadre, des crédits soutiennent les actions d'associations nationales en direction des migrants, des personnes en situation d'exclusion, des exilés dépourvus de protection maladie, des populations rom et gens du voyage. Ces actions contribuent à l'amélioration de la connaissance de l'état de santé de ces populations et de leur accès à la prévention.

La mise en œuvre des actions de la feuille de route santé des personnes placées sous-main de justice 2019-2022 contribue à l'amélioration de la connaissance de l'état de santé des personnes détenues en évaluant l'outil de recueil épidémiologique mis en place dans quatre régions pilotes par l'observatoire régional de la santé et du social

lors de l'entrée en détention et de participer au financement d'une étude nationale sur l'état de santé des jeunes pris en charge par la protection judiciaire de la jeunesse.

Des actions en direction des jeunes en situation de vulnérabilité résidant en foyers ou en hébergements collectifs ou appartenant à la communauté LGBT sont menées, ainsi que le développement d'activités d'éducation à la santé auprès de jeunes en établissements scolaires agricoles.

- **Santé de la mère et de l'enfant**

Des actions sont mises en œuvre pour développer la prévention dès la période préconceptionnelle, afin de réduire la survenue de handicaps évitables, pour améliorer la santé maternelle et la santé périnatale par une prise en charge précoce et adaptée des femmes enceintes et des nouveau-nés, y compris en outre-mer, et avec également une attention particulière à certains publics fragiles comme les femmes en situation de vulnérabilité et de précarité et leurs enfants.

Un des objectifs est de promouvoir, dès le plus jeune âge, des comportements favorables à la santé et de prévenir des conduites à risque pour réduire leurs conséquences en termes de morbidité et de mortalité. Les actions en direction des jeunes s'intègrent dans différents plans, programmes et feuilles de route dont notamment le Plan « *Priorité prévention* », le programme national de lutte contre le tabac, le Plan national de mobilisation contre les addictions, la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie, le Plan national nutrition santé, la feuille de route de la stratégie en santé sexuelle.

Le P204 soutient également des actions visant à améliorer la prévention des troubles sensoriels et des apprentissages, d'améliorer et de promouvoir la qualité de l'accueil et de la prise en charge des enfants malades en milieu intra et extra hospitalier, par la création, l'édition et la diffusion d'outils destinés aux enfants, aux familles, aux équipes soignantes et à toutes personnes concernées par la prise en charge de l'enfant.

- **Traumatisme et violence**

Des 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.

► Action n°14 - "*Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades*"

Cette action rassemble les crédits du programme dédiés aux politiques publiques destinées à améliorer la prévention des maladies chroniques et la qualité de vie des malades et de leurs proches.

- **Les maladies neurodégénératives et maladies liées au vieillissement**

La gravité de l'impact des maladies neuro-dégénératives impose des mesures de soutien à la fois des malades et de leurs proches, et une recherche de mesures de prévention. Le plan « *Maladies neuro-dégénératives* » 2014-2019 traite de l'ensemble de ces maladies et concerne donc des populations adultes de tous âges.

Ces actions relatives aux maladies liées au vieillissement s'inscrivent quant à elles dans le parcours santé de la personne et concernent l'amélioration des déterminants de la santé, le maintien de l'autonomie des personnes âgées, la prévention des pertes d'autonomie évitables et la limitation de la gravité des situations de dépendance, en veillant à réduire les inégalités sociales.

Il s'agit aussi de soutenir les associations de personnes atteintes de maladies neurodégénératives et de professionnels pour la contribution aux actions du plan destinées à améliorer le repérage et la prise en charge des personnes concernées dont le développement de l'éducation thérapeutique, ainsi que l'accompagnement de leurs proches.

- **Prévention des addictions**

Des crédits sont destinés au soutien des mesures de prévention et d'accompagnement issues du plan « Priorité prévention », du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2018-2022 et du programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 (PNLT).

♦ Tabac

Le tabagisme constitue la première cause de mortalité évitable et la première cause de mortalité par cancer en France. En cohérence avec les orientations du Plan « Priorité prévention », le « *Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022* » comprend des mesures fortes articulées autour de quatre axes d'intervention prioritaires : protéger nos enfants et lutter contre l'entrée dans le tabagisme, aider les fumeurs à arrêter, agir sur l'économie du tabac et évaluer et diffuser les connaissances relatives au tabac.

Ce programme doit assurer le développement d'une politique volontariste et inscrite dans la durée, avec pour objectifs la diminution du tabagisme quotidien à un seuil inférieur à 22 % en 2022 et une première génération d'adultes non-fumeurs d'ici 2032 (moins de 5 % de fumeurs chez les jeunes de 18 ans).

♦ Alcool

Malgré une diminution régulière de la consommation moyenne d'alcool pur par français de 15 ans et plus, celle-ci reste particulièrement élevée avec deux unités et demie d'alcool (25 grammes par jour) par personne. De ce fait, l'alcool est une source majeure de dommages sociaux et sanitaires. sa part dans la mortalité évitable est majeure et on estime à près de 50 000 le nombre annuel de décès liés à l'usage d'alcool.

Le Plan « *Priorité prévention* » définit des actions prioritaires en matière de lutte contre les usages nocifs d'alcool articulées autour de la prévention et de la prise en charge, avec une attention particulière portée à la prévention de la consommation d'alcool au cours de la grossesse, compte tenu des conséquences possibles sur le fœtus, et à la protection des jeunes.

♦ Autres pratiques addictives à risques

Le Plan « Priorité prévention » prévoit la poursuite de la démarche d'expérimentation des salles de consommation à moindre risque initiée en 2016. A côté des mesures sectorielles, ce plan vise à déployer une stratégie globale de prévention, en particulier en direction des enfants et adolescents, visant l'ensemble des usages nocifs et des comportements addictifs (alcool, tabac, drogues illicites, jeux…), notamment via un renforcement des actions des consultations jeunes consommateurs (CJC) au plus près des jeunes.

Dans ce contexte, des crédits permettent de soutenir des associations du champ des addictions (tabac, alcool, autres pratiques à risque), dont la mobilisation est renforcée dans le cadre de ces documents stratégiques. Ces associations œuvrent à la fois dans le champ de la recherche, de la prévention et de la prise en charge, ainsi que dans la réduction des risques et la prévention des usages nocifs, principalement auprès des jeunes.

Des crédits permettent également de financer l'appui à la mise sur le marché des trousses de prévention pour usagers de drogues conformément au décret du 7 juin 1996 instituant une aide de l'état à la mise sur le marché de matériels destinés à la prévention de la contamination par les virus du sida et des hépatites. Un travail d'évaluation a été mené qui devra permettre de faire évoluer le contenu de ces trousses pour mieux protéger les usagers et répondre à l'évolution de leurs pratiques.

- **Santé mentale**

Un conseil stratégique a été installé par la ministre chargée de la santé le 28 juin 2018 avec pour mission la mise en œuvre d'une feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie. Cette feuille de route s'inscrit dans le cadre plus large du plan « *priorité prévention* ». Son axe 1, relatif aux actions de promotion de bien-être, de prévention et de repérage, comporte des mesures comme le renforcement des compétences psychosociales, la lutte contre la stigmatisation, la formation aux premiers secours en santé mentale, le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans (programme Ecout'émoi), un ensemble d'action de prévention du suicide (dont le programme Vigilans) ou la promotion de la santé mentale 3.0.

Les crédits permettent de soutenir des opérateurs concourant à cette politique de promotion et de prévention en santé mentale, ainsi que les acteurs associatifs qui mènent des actions de promotion et de prévention dans ce champ.

- **Autres maladies chroniques**

Dans ce cadre, des crédits sont consacrés au soutien :

⇒ des acteurs de la plate-forme maladies rares pour la diffusion d'informations relatives aux maladies rares ;

⇒ des actions d'associations contribuant au développement au niveau national d'outils d'information du public et des professionnels, à la suite de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie ;

⇒ des actions en matière de lutte contre la douleur, concernant notamment la fibromyalgie ;

⇒ des actions d'associations contribuant au niveau national à la promotion de la prévention des maladies chroniques et à l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques et de leurs proches, comprenant la promotion de la santé buccodentaire ;

⇒ au dispositif ORPHANET pour la diffusion d'informations relatives aux maladies rares.

- **Santé sexuelle (prévention des IST-VIH, IVG-contraception,) hépatites virales et la tuberculose**

Certains indicateurs en matière de santé sexuelle demeurent insatisfaisants. En effet les jeunes de 15-29 ans représentent 78 % des infections à chlamydia, 65 % des infections à gonocoque et 33 % des cas de syphilis rapportés. Les personnes de moins de 25 ans représentent 12 % des découvertes de séropositivité au VIH, en 2017. Cette même année, 216700 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France. Les écarts régionaux perdurent, les taux de recours allant du simple au double selon les régions.

La stratégie se décline, notamment autour du renforcement de la prévention et du dépistage, de la promotion du préservatif comme outil de base, du traitement comme prévention avec la prophylaxie pré exposition (PREP), du traitement post-exposition (TPE). Pour mémoire la France a été le premier pays européen à autoriser la PREP et à la prendre en charge financièrement à 100 %. Il s'agit d'intensifier ces efforts pour que les personnes à haut risque d'acquisition du VIH puissent en bénéficier.

La prévention des grossesses non désirées est inscrite dans les actuels schémas régionaux de prévention qui prévoient des actions visant à favoriser l'accès de toutes les femmes à la contraception. Un meilleur accès est permis par des mesures facilitant la prise en charge financière du parcours contraceptif pour les adolescents.

- **Hépatites virales B et C**

L'arrivée de nouveaux outils de prévention, de dépistage et la possibilité de guérir de l'hépatite C grâce à de nouveaux traitements plus efficaces ont conduit le ministère chargé de la santé à l'élaboration d'une stratégie d'élimination de l'hépatite C d'ici 2025 et à l'inscrire dans le Plan « *Priorité prévention* ».

Il s'agit de renforcer la prévention par des actions innovantes « *d'aller-vers* » pour toucher les publics prioritaires et éloignés du système de santé ; le renforcement du dépistage de proximité par l'utilisation du test rapide d'orientation diagnostique (TROD), dans une approche utilement combinée du VIH, VHC, VHB ; le renforcement de l'accessibilité aux traitements de l'hépatite C, par l'ouverture à de nouveaux prescripteurs : l'ensemble des médecins, notamment les médecins généralistes, dans le cadre d'un parcours simplifié.

Les crédits du programme permettent d'assurer les actions de la feuille de route santé sexuelle, dont la lutte contre le VIH/SIDA, les autres IST et les hépatites virales B et C :

⇒ l'animation nationale de réseaux et l'élaboration d'outils favorisant l'amélioration des pratiques des professionnels, des publics clés les plus exposés et de la population générale ;

⇒ l'observation de la santé de populations vulnérables ;

⇒ les interventions associatives innovantes en faveur des publics clés, des actions d'information et d'aide des personnes atteintes et de leur entourage, des actions de réseaux de prise en charge des personnes atteintes ;

⇒ des actions d'évaluation et de recherche soutenues par l'agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales ;

⇒ le numéro vert national « sexualité, contraception, IVG » et d'autres actions d'information en matière de droit à l'IVG et à la contraception.

- **Lutte contre la tuberculose**

En France comme dans la plupart des pays d'Europe de l'ouest, la maladie est devenue moins fréquente et son incidence nationale moyenne est inférieure à 10 cas/100 000 habitants/an depuis plus de 10 ans, avec toutefois des disparités territoriales importantes. Les régions concentrant le plus grand nombre de cas sont celles où sont présentes les plus grandes agglomérations.

Dans ce contexte une feuille route tuberculose a été élaborée avec le renforcement des stratégies de prévention et de dépistage, la qualité et la continuité de la prise en charge, le contrôle de la diffusion des tuberculoses mulitirésistantes et un pilotage renouvelé.

- **Institut national du cancer (INCa)**

L'INCa est une agence d'expertise au service des personnes malades, de leurs proches, des usagers du système sanitaire et social, des professionnels de santé, des chercheurs, des experts et des décideurs qui dispose d'une vision large sur une pathologie qui concerne un français sur vingt.

♦ Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades

Pour accompagner ces politiques de prévention et de dépistage des cancers, l'institut pilote de nombreux appels à projets sur la prévention alcool : sur l'alimentation et l'activité physique.

Pour appuyer sa politique de prévention, l'INCa assure des expertises en lien étroit avec de nombreux autres contributeurs tels que le centre international de recherche sur le cancer (CIRC) ; l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

La prévention « *cancer* » passe par la communication afin de sensibiliser le grand public sur les deux principaux facteurs de risque évitable que sont le **tabac et alcool,** sur les comportements permettant de réduire les risques de cancer (« n*ous ne sommes pas impuissants face aux cancers* »),

Sur la **prévention du cancer du sein** (« *contre le cancer du sein, la prévention c'est tous les jours, le dépistage, c'est tous les 2 ans.* »). Sont également mises en place des campagnes de communication à destination des professionnels de santé pour assurer la promotion des programmes de dépistage et une campagne média dans la presse professionnelle couplant dépistage et prévention.

Si la prévention tabac-alcool est très importante, elle est également essentielle pour la lutte contre le risque infectieux, comme l'illustre l'étude médico-économique sur les bénéfices de santé liés à la vaccination contre le " *Human papilloma virus* " (HPV) dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et la contribution au comité de pilotage de l'action coordonnée HPV, enquête sur l'acceptabilité de la vaccination pour les garçons, et dépliant à destination du grand public sur la vaccination dès 11 ans.

♦ Actions de dépistage

L'INCa mène une importante politique de dépistage, organisé des cancers du sein, du col de l'utérus et du colon avec une mise en œuvre appropriée, qui est essentielle pour mener efficacement une politique de prévention.

L'animation de ces programmes de dépistage organisé est assurée dans le cadre de la régionalisation des structures de gestion du dépistage. Les objectifs poursuivis sont l'amélioration de la qualité qui passe par l'évolution du système d'information des programmes de dépistage organisé.

Un accompagnement est nécessaire pour la mise en œuvre de ces actions, qui s'appuie sur des appels à projets « DEPIPREV » visant à soutenir le dépistage par des expérimentations territoriales. Cet accompagnement passe par des séminaires scientifiques et par la valorisation d'approches novatrices dans les programmes de dépistage.

Pour les expertises, l'INCa met en place des outils d'appui comme la modélisation et les études médico-économiques (étude de l'impact du dépistage), une stratégie de suivi des personnes à risque aggravé, une évaluation de nouvelles modalités de dépistage (poumon, test HPV, …), un soutien à la politique des dépistages par des expérimentations territoriales et une production de référentiels (guides, recommandations).

La prévention auprès du grand public passe par la communication, soit par des conseils dépistage en version webr et en version print, soit par des livrets d'information sur le dépistage du cancer de la prostate, du sein et du col de l'utérus, et des dépliants d'information sur la détection du mélanome.

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

L'INCa anime le groupe d'appui sur la prévention des cancers professionnels et réalise un référentiel pour leur repérage. En collaboration avec l'INSERM, il anime "cancers et environnement" et copilote avec l'ANSES et l'INSERM le colloque « expositions professionnelles ou environnementales et risques de cancer ».

Un programme de recherche sur le lien entre l'exposition à la Chlordécone et le cancer de la prostate en Martinique et Guadeloupe a été mis en place en contribution aux politiques publiques en environnement (PNSE 4, plan Chlordécone).

L'institut pilote également un groupe de travail sur "*cancers pédiatriques et environnement*".

Concernant la prévention des risques liés à l'alimentation, l'actualisation et la diffusion des connaissances sur « *nutrition et cancer* » et l'accompagnement nutritionnel des patients sont assurés par l'INCa qui organise un séminaire de restitution sur nutrition / alcool / activité physique en prévention primaire

Il soutient, suit et participe aux actions du réseau national alimentation cancer recherche (NACRE) sur la nutrition.

► ACTION N°15 – "*Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation*"

Ces crédits regroupent principalement des dépenses d'intervention sous forme de transferts vers des organismes spécifiques en matière de nutrition et santé, pour la mise en œuvre ou la poursuite de plans de prévention en santé publique 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.

- **Nutrition et santé**

Dans ce domaine, les crédits du programme 204 financent l'observatoire de la qualité de l'alimentation afin de suivre les évolutions qualitatives de l'offre alimentaire, 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 et l'impact de la mise en œuvre de l'étiquetage nutritionnel (Nutriscore).

Ces crédits l'appui également le PNNS pour mener diverses actions de prévention et de recherche sur la thématique nutrition et le Nutri-score à travers son adaptation à la restauration collective et aux produits en vracs transformés (action 18 du PNSP) pour la mise en place des menus dirigés en restauration scolaire et pour favoriser l'émergence de bonnes pratiques dans les collectivités territoriales.

- **Santé-environnement**

Les crédits sont utilisés pour la prévention dans les domaines suivants :

⇒ le Plan national santé environnement 3 (PNSE3) (2015-2019) et l'élaboration du PNSE4 pour renforcer la dynamique dans les territoires ainsi que la communication auprès des citoyens en lien avec la société française d'environnement et santé (SFSE) ;

⇒ les actions du troisième plan Chlordécone (2014 - 2020) et de la feuille de route gouvernementale 2019-2020 pour veiller à la réduction de l'exposition de la population à ce toxique et renforcer la surveillance de ses effets sur la santé ;

⇒ la conduite d'une expertise collective par l'INSERM pour actualiser et compléter son expertise de 2013 « *pesticides : effet sur la santé* ». Dans le cadre du plan d'actions sur les produits phytopharmaceutiques et une agriculture moins dépendante aux pesticides du 25 avril 2018. Par ailleurs, une étude multi-sites sera lancée pour mesurer les niveaux d'exposition aux pesticides des populations en zones agricole et permettre de prendre des mesures de prévention pour les riverains de ces zones ;

⇒ la biosurveillance pour mieux connaître l'imprégnation aux substances chimiques présentes dans l'environnement et l'alimentation, les facteurs de risque et de protection, et orienter les actions de prévention et de santé publique (étude ESTEBAN) ;

⇒ la deuxième stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens (SNPE) pour le développement de la recherche, la surveillance sanitaire et environnementale, la caractérisation des dangers, la gestion des risques, la formation, l'information de la population et des professionnels ;

⇒ l'acquisition de connaissances en matière d'exposition de la population aux fibres d'amiante ;

⇒ la qualité des eaux, au regard des questions qui se posent vis-à-vis de la détection de substances émergentes, l'élaboration de référentiels partagés entre les pouvoirs publics et les acteurs de l'eau et des dispositions spécifiques aux installations qui distribuent l'eau auprès des usagers, la promotion des plans de gestion de la sécurité sanitaire des eaux et de l'accès équitable à l'eau et à l'assainissement dans le cadre du PNSE3 en lien avec les orientations proposées par l'OMS ;

⇒ la poursuite de la prévention des allergies inscrite dans le PNSE 3 (observatoire de l'ambroisie) ;

le financement du réseau national de surveillance aérobiologique (RNSA) qui délivre des messages d'alerte sur les allergies ;

⇒ les risques liés au bruit, notamment pour les jeunes en raison des atteintes auditives et des traumatismes sonores aigus pour accompagner la mise en œuvre des mesures de renforcement de la prévention ;

⇒ la lutte contre l'insalubrité et de la promotion d'un habitat favorable à la santé, la prévention des expositions au monoxyde de carbone et du saturnisme reste indispensable ;

⇒ la promotion des mobilités actives (marche, vélo…) prévue dans les plans nutrition-santé, santé-environnement et cancer.

- **Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSèS)**

L'Agence intervient sur de grandes problématiques (cancer et environnement, exposition aux agents biologiques, chimiques et physiques, champs électromagnétiques…) afin d'apporter en permanence à la société et aux pouvoirs publics les derniers éléments de connaissance scientifique et permettre l'information du public.

♦ Evaluation des risques en santé-environnement pour une meilleure prévention

Sont notamment prises en compte des thématiques telles que la qualité de l'eau, l'impact des pesticides sur la santé (du public et des agriculteurs), les produits chimiques, la qualité nutritionnelle des aliments, la caractérisation des perturbateurs endocriniens, l'évaluation sanitaire des nanomatériaux et des produits du vapotage ou encore l'intégration des sciences humaines dans la conduite de l'expertise.

♦ Contribution aux plans de santé publique

L'Anses une très forte implication, dans la mise en œuvre des grands plans nationaux et stratégies nationales de santé publique. Ils sont nombreux : Plan national santé-environnement, Programme national nutrition-santé, Plan santé-travail, Antibiorésistance, maladie de Lyme, Ecophyto, perturbateurs endocriniens, Plan chlordécone, etc... tous répondant à des défis sociétaux majeurs dans lesquels s'ancrent les missions d'évaluation des risques **po**ur une meilleure prévention.

♦ Les nouvelles missions de l'Anses

⇒ Produits du tabac et du vapotage

Cette mission s'inscrit dans le cadre de la mise en oeuvre de la directive 2014/40/UE, qui impose aux fabricants de produits du tabac et produits connexes (notamment vapotage), d'enregistrer leurs produits avant commercialisation auprès des autorités compétentes de chaque Etat membre concerné.

L'Agence apporte au ministère chargé de la santé, un appui scientifique et technique portant sur l'identification et l'évaluation des dangers des substances chimiques auxquelles le consommateur ou son entourage sont exposés lors de l'utilisation de ces produits, en particulier les ingrédients et additifs qu'ils contiennent, et surtout les composés volatils formés dans les émissions et qui sont inhalés.

⇒ Vecteurs

L'ANSèS prévoit notamment des travaux d'ordre méthodologique destinés à évaluer l'efficacité et l'impact des actions de lutte anti-vectorielle, de réaliser des évaluations des risques en fonction de situations épidémiques (en 2019 sur la peste porcine africaine, par exemple), de travailler sur la problématique de la résistance des moustiques vecteurs aux différents insecticides ou encore à l'amélioration de la surveillance spatio-temporelle des vecteurs.

⇒ Les substances chimiques

L'Anses a également pour mission d'évaluer les substances chimiques dans le cadre des règlements européens REACH (enRegistrement, Evaluation et Autorisation des produits Chimiques) et CLP (classification, à l'étiquetage et à l'emballage). Elle propose à ce titre des mesures de gestion des risques pour certaines substances chimiques qu'elle transmet à ses tutelles et/ou à l'Agence Européenne des produits chimiques (ECHA).

L'Agence évalue également l'efficacité des produits phytopharmaceutiques, matières fertilisantes, supports de culture, adjuvants, substances actives et produits biocides, ainsi que les risques liés à leur utilisation.

⇒ Des expertises et évaluations partagées

Elle participe au programme de recherche sur le lien entre l'exposition à la Chlordécone et le cancer de la prostate en Martinique et Guadeloupe en contribution aux politiques publiques en environnement (PNSE 4, Plan Chlordécone), elle copilote avec SpF les travaux sur les agénésies transverses des membres supérieurs dans le cadre d'une expertise collective, elle travaille en liens étroits avec SpF et le HCSP dans le domaine de l'alimentation, etc…

♦ **Evaluation des risques dans le domaine de l'alimentation pour informer et prévenir**

Face à la mondialisation des échanges, à l'apparition de nouveaux modes de consommation et à la diversité de l'offre, une grande vigilance s'impose pour prévenir de nouveaux risques dans le champ alimentaire. Ceux-ci doivent être évalués, sans laisser de côté les risques « classiques » physico-chimiques ou microbiologiques (contaminations par des bactéries, salmonelles..) ainsi que certains risques liés aux contaminants de l'environnement.

Ainsi, l'Anses produits de nombreux avis dans plusieurs domaines (PNNS, les sucres dans l'alimentation ; le bisphénol A ; l'activité physique ; etc.)

► ACTION N°16 – "*Veille et sécurité sanitaire*"

Une partie des crédits alloués à la "*Veille et sécurité sanitaire"* permet de poursuivre un des quatre objectifs de cette action : la mise en application d'actions de prévention des risques infectieux émergents.

En matière de prévention, la DGS est chargée de la prévention et de la lutte contre les maladies vectorielles et les maladies des voyageurs. Elle définit les objectifs, indicateurs, mesures et modalités de prévention et de prise en charge des maladies et risques infectieux émergents ou ré-émergents, des infections associées aux soins et définit des mesures visant à préserver l'efficacité et la résistance aux antibiotiques.

Elle définit les orientations stratégiques des systèmes nationaux de veille et de vigilances sanitaires, en lien avec les agences, les autorités sanitaires et les départements ministériels concernés.

Elle élabore et met en œuvre une stratégie de promotion de la déclaration par les professionnels de santé et les patients, organise les circuits de signalement, animer les réflexions stratégiques sur les systèmes d'information consacrés à la veille, aux vigilances et à la sécurité sanitaire, dans une logique de prévention des crises sanitaires.

► Action n°17 – "*Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques de soins"*

Cette action participe à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, des pratiques professionnelles et des recherches impliquant la personne humaine.

- **Mission du pharmacien**

La DGS a contribué à la rédaction du décret du 3 octobre 2018 relatif aux conseils et prestations pouvant être proposés par les pharmaciens d'officine dans le but de favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Elle participe également aux travaux menés par le ministère de l'agriculture sur la production et la commercialisation des plantes médicinales, dont la vente est réservée aux pharmaciens. Elle a également participé aux travaux menés en 2018 par la mission d'information sur l'herboristerie et les plantes médicinales du Sénat.

- **Tabac**

L'Agence participe aux travaux liés aux traitements nicotiniques de substitution (TNS). Suite à l'inscription des premiers TNS sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux en 2018, elle adapté la réglementation pour exclure les TNS remboursables de la liste de médication officinale. L'inscription au remboursement des TNS a constitué une avancée majeure en termes d'accès à ces traitements préventifs, notamment pour les populations les plus modestes.

Par ailleurs, le maintien devant le comptoir des TNS non remboursables continue à offrir un accès alternatif, facile et immédiat à ces traitements notamment pour les fumeurs qui s'engagent dans l'arrêt du tabac sans l'intermédiaire d'un professionnel de santé.

- **Maladies chroniques**

La DGS a participé à l'élaboration de l'instruction interministérielle relative aux recommandations de prise en charge des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques (AES) survenant dans un environnement professionnel

et des accidents d'exposition sexuelle, notamment s'agissant des modalités de prise en en charge et de délivrance des traitements post exposition.

Des travaux de réflexion ont été menés sur l'ouverture de la prescription de la PREP aux médecins généralistes.

Des travaux et mesures ont également été réalisés pour permettre l'ouverture de la prescription de deux médicaments de traitement de l'hépatite C chronique aux médecins généralistes.

- **Pictogramme**

Suite aux contentieux « Dépakine », et en lien avec l'association desparents d'enfants souffrant du syndrome de l'anti-convulsant (APESAC), a été créé l'obligation pour les laboratoires, avec une mise en place progressive depuis octobre 2017, d'apposer un pictogramme « femmes enceintes » pour tous les médicaments ayant un effet tératogène ou foetotoxique, afin de renforcer l'information des femmes en âge de procréer et des femmes enceintes.

- **Stupéfiants**

Mise en place d'une feuille de route sur la prévention des surdoses d'opioïdes, et plus particulièrement liée à la naloxone (solution pour pulvérisation nasale, indiquée dans le traitement d'urgence des surdosages aux opioïdes).

Les notes d'information successives ont été adaptées pour notamment prévoir, à titre dérogatoire, l'accès des publics à risque de surdoses à cette spécialité dans certaines structures et en particulier les services d'urgences, les services d'addictologie, les établissements de santé disposant ou bénéficiant de l'intervention d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et les unités sanitaires en milieu pénitentiaire.

- **Vaccination**

Participation à la joint action européenne sur la vaccination (aspects vaccins) qui constitue une des actions de la feuille de route de la ministre pour lutter contre les ruptures de médicaments, dont la DGS est pilote.

La DGS a conduit des travaux sur la vaccination par le pharmacien : au comité de suivi de la vaccination, aux mesures concernant le BCG, à la communication autour du bilan des obligations vaccinales, à la préparation des lancements de campagnes de vaccination contre la grippe (aspects produits) pour la métropole et pour l'hémisphère sud.

Une note d'information relative à la mise en œuvre de dispositifs spécifiques de gestion des vaccins contre la grippe saisonnière dans les pharmacies d'officine en France pendant la période de tension survenue au cours de la campagne 2018 de vaccination contre la grippe saisonnière. Elle participe à la mise en place de mesures préventives de luttes contre les ruptures de vaccins.

P124 CONDUITE ET SOUTIEN DES POLITIQUES SANITAIRES, SOCIALES, DU SPORT, DE LA JEUNESSE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé de l'action et total pour le programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
18 – Personnels mettant en oeuvre les politiques sociales et de la santé	16 609 579	16 609 579	16 177 730	16 177 730	15 773 287	15 773 287
P124 – Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative	**16 609 579**	**16 609 579**	**16 177 730**	**16 177 730**	**15 773 287**	**15 773 287**

ÉVALUATION DES CRÉDITS CONSACRÉS À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Utilisation des données relatives aux ETPT dédiés aux politiques en faveur de la prévention en santé comptabilisées par la direction générale de la santé (DGS).

Ces données ont été converties en crédits de Titre 2 au regard du coût moyen par ETPT en administration centrale issu du RAP 2018.

Les moyens consacrés en 2019 et 2020 aux politiques en faveur de la prévention en santé ont été diminués au prorata du schéma d'emploi en ETPT appliqué au programme 124 (-2,6% en 2019 et -2,5% en 2020).

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Le programme 124 regroupe les moyens de personnels et de fonctionnement des administrations des secteurs des affaires sociales, de la santé, du sport, de la jeunesse et de la vie associative. Pour le secteur de la prévention en santé, il s'agit des dépenses de rémunérations des personnels affectés en administration centrale

CONTRIBUTION DU PROGRAMME A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Le programme 124 contribue dans le cadre de la politique d'intégration à la politique de prévention en santé sur l'action 18 "personnels mettant en œuvre les politiques sociales et de la santé".

RESPONSABLE DU PROGRAMME

Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU est responsable du programme 124 , en tant que directrice des finances, des achats et des services (DFAS) au secrétariat général des ministères sociaux.

P137 ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé de l'action et total pour le programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
21 – Politiques publiques - Accès au droit	2 904 841	29 804 841	3 150 169	3 150 169	3 043 502	3 043 502
P137 – Égalité entre les femmes et les hommes	**2 904 841**	**29 804 841**	**3 150 169**	**3 150 169**	**3 043 502**	**3 043 502**

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

La politique des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes figure parmi les missions prioritaires de l'État. Elle vise à obtenir des changements dans les pratiques et comportements. Son enjeu est de rendre effectif dans les faits le principe d'égalité inscrit dans les lois de la République.

Déclarée Grande cause nationale du quinquennat, l'égalité entre les femmes et les hommes nécessite un engagement fort, sur tout le territoire. En mobilisant l'ensemble du gouvernement, le secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes entend inscrire son action dans un périmètre interministériel marqué par des engagements de chaque ministère autour des trois champs d'intervention prioritaires suivants : promouvoir l'égalité professionnelle et permettre une meilleure conciliation des temps de vie ; lutter contre toutes les formes d'agissements et de violences sexistes et sexuelles ; un État exemplaire grâce à l'efficacité de politiques ministérielles et interministérielles en faveur de l'égalité.

CONTRIBUTION DU PROGRAMME À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Les priorités portées par la Secrétaire d'État chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes en matière de santé visent à garantir l'accès à l'information et le libre choix des femmes à disposer de leurs corps, à prévenir et lutter contre les violences sexistes et sexuelles et à rendre effective sur les territoires l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle, véritable tremplin pour l'égalité réelle entre les filles et les garçons et le respect entre les personnes.

Ces actions sont conformes aux orientations portées par la ministre des Solidarités et de la Santé en ce qui concerne la promotion de la santé, l'accès à l'information et l'accompagnement des personnes en matière de vie affective, relationnelle et sexuelle, et l'accompagnement des parents dans l'exercice de leur parentalité.

Elles s'inscrivent dans les nombreux documents-cadres nationaux, notamment la Stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) et sa feuille de route et l'action 14 du Comité interministériel d'égalité entre les femmes et les hommes (CIEFH) « *Garantir l'accès aux soins de toutes les femmes sur tous les territoires en matière de contraception, périnatalité, prévention et repérage des risques cardio-vasculaires, dépistage des cancers* ».

L'action 21 « *Politiques publiques - Accès aux droits* » du programme porte les crédits concourant à la politique transversale de prévention de la santé au travers du soutien d'associations d'envergure nationale ou de dispositifs déclinés localement.

ACTIONS ET DÉPENSES CONTRIBUANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

► La santé sexuelle dont l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle

- Mouvement français pour le planning familial (MFPF), dont le numéro vert national "sexualités, contraceptions, intervention volontaire de grossesse » pour un montant, en 2019 de 272 K€ annuels dont : 213 K€ pour les fonctions de tête de réseau et 59 K€ pour le fonctionnement du numéro vert « *Sexualités, contraception, IVG* »).

Le MFPF mène un travail essentiel dans le champ des droits des femmes. À ce titre, il développe des actions et une expertise en matière de lutte contre les violences faites aux femmes qu'elles soient sexistes, sexuelles, psychologiques ou sociales.

Ses lieux d'accueil sont ouverts à toutes les femmes, sans discrimination, sans distinction et sans jugement. Il lutte contre toutes les formes d'exclusion et d'inégalités sociales avec pour objectif l'égal accès de toutes les personnes aux mêmes droits, à la santé sexuelle, à l'autonomie et à l'émancipation.

Il participe aux débats de société comme l'accès à l'aide médicale à la procréation, les nouvelles configurations familiales et met en œuvre des actions en faveur de la promotion d'une éducation non sexiste, d'une éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle.

Enfin et surtout, l'association est un acteur incontournable sur les questions relatives à la santé sexuelle des femmes telles que l'accès à l'IVG et à la contraception.

En 2019, le MFPF et le secrétariat d'état chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes (SEEFH) ont formalisé une convention annuelle reprenant quasiment à l'identique le contenu de la convention pluriannuelle d'objectifs (CPO) 2016-2018. Une nouvelle convention pluriannuelle sera conclue en 2020. La dotation de 272 K€ allouée au MFPF sera reconduite.

- Établissements d'information, de consultation ou de conseil familial (EICCF) (2 544 875 € annuels).

Créés par la loi « Neuwirth » en 1967, les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial (EICCF) sont des services de premier accueil et d'orientation vers des acteurs spécialisés, portés par des associations.

Leurs interventions sont individuelles et collectives et répondent à deux grandes missions :

⇒ l'information sur les droits en matière de vie affective, relationnelle et sexuelle et l'éducation à leur appropriation, ainsi que la contribution au renforcement de l'estime de soi et au respect de l'autre dans la vie affective, relationnelle et sexuelle ;

⇒ l'accompagnement des personnes dans leur vie affective, relationnelle et sexuelle.

En 2014, une étude commandée par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) fait apparaître des disparités très marquées dans la répartition territoriale des établissements soutenus financièrement, sans rapport avec la couverture des besoins avérés ou potentiels des territoires.

En conséquence, une réforme a été menée par la DGCS, en consultation avec les têtes de réseaux des établissements concernés, et a conduit au décret du 7 mars 2018 et à l'instruction relative du 23 août 2018.

Par ailleurs, en matière budgétaire, **les crédits dédiés aux EICCF ont été transférés à compter de 2018 du programme 304 « *Inclusion sociale et protection des personnes* » au programme 137 « *Égalité entre les femmes et les hommes* » sans diminution de l'enveloppe globale**. Les crédits sont désormais délégués, sous l'autorité du préfet de région, à la direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes (DRDFE), responsable de BOP et d'UO.

L'évolution du dispositif permet d'enrichir le cadre et la qualité des informations délivrées. Agréés par le préfet, les EICCF doivent dorénavant proposer obligatoirement l'intégralité des missions fixées par le décret du 7 mars 2018 (informations sur les droits liés à la personne en matière de santé sexuelle et de sexualité, entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse, éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle dans une approche globale, neutre et bienveillante, promotion de l'égalité entre les filles et les garçons et entre les femmes et les hommes, etc.).

La réforme de 2018 permet également de renforcer la visibilité des lieux d'accueil et d'information pour les citoyens, désormais nommés : Espaces de vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS).

Enfin, la réforme passe par un rééquilibrage des crédits entre régions fondé sur des critères objectifs liés aux activités (nombre de jeunes et nombre d'affaires nouvelles au juge des affaires familiales (JAF)) et formalisé par des conventions de financement pluriannuelles avec la plupart des structures porteuses d'EICCF-EVARS agréées. Cette péréquation est lissée sur dix ans afin que les régions puissent développer des stratégies territoriales ne mettant pas en difficulté les associations. La réforme vise ainsi à clarifier le régime des subventions jusqu'alors attribuées sans prise en compte spécifique des besoins du territoire et de procéder à un renforcement du maillage EICCF-EVARS sur le territoire dans l'optique d'une amélioration pérenne du service rendu aux usagers.

- Subvention d'actions ponctuelles

Les montants engagés pour des actions ponctuelles au niveau national en matière de santé (peu nombreuses) dépassent rarement 20 K€.

Des actions déployées par le Service des droits des femmes et de l'égalité (SDFE) peuvent être réalisées grâce à des crédits d'autres programmes. Par exemple, la diffusion d'affiches relatives à l'endométriose financée par les crédits de la direction de l'information.

Des subventions peuvent être accordées de manière ponctuelle à des associations répondant aux critères des campagnes de subventions nationales du SEEFH.

Les actions subventionnées sont principalement des actions d'information ; les actions plus professionnelles et médicales étant du ressort de la direction générale de la santé (DGS).

Il peut également être envisagée une participation financière au titre du programme 137 dans des actions portées à titre principal par le Ministère de l'éducation nationale dans le cadre de l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle.

En 2019, l'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC) est subventionnée à hauteur de 10 K€ pour ses Journées nationales d'étude sur l'interruption de grossesse, la contraception et l'éducation à la sexualité. S'agissant d'une subvention ponctuelle, sa reconduction n'est pas programmée en 2020.

► Violences sexistes et sexuelles

- Groupes pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS) (42 K€ annuels)

Le GAMS a pour objectif la lutte contre toutes les formes de violences faites aux femmes, aux adolescentes et aux fillettes, ainsi que la promotion de la santé maternelle et infantile en direction des populations immigrées et issues des immigrations.

Il contribue à l'éradication des pratiques traditionnelles néfastes telles que les mutilations sexuelles féminines, les mariages forcés et/ou précoces d'adolescentes, les tabous nutritionnels, les grossesses rapprochées, la répudiation, le lévirat/sororat, etc.

Le GAMS a pour projet d'informer et de former les professionnels de santé, à repérer, et à réagir sans nuire, lorsqu'ils sont confrontés aux mutilations sexuelles féminines, en renforçant leurs compétences en matière de prise en charge et d'orientation des (potentielles) victimes des mutilations sexuelles féminines, et sensibiliser les publics concernés avec des outils digitaux et en animant un réseau national.

Au travers de la CPO négociée pour la période 2017-2019, l'administration a pour ambition de développer les outils et l'expertise du GAMS en matière de mutilations sexuelles féminines.

En 2019, dans le contexte de publication le 21 juin d'un Plan national d'action visant à éradiquer les mutilations sexuelles féminines (MSF), le GAMS est doté en 2019 d'une enveloppe de 82 K€ soit **40 K€ supplémentaires** afin de développer notamment des outils de sensibilisation et de formation à destination des territoires où une prévalence de MSF est identifiée, des vidéos à diffuser *via* sa chaine *Youtube* et des diagnostics territoriaux afin d'appuyer le Gouvernement dans le déploiement territorial de ses actions en faveur de la lutte contre les mutilations sexuelles féminines. Le niveau de dotation prévu pour 2020 correspond au montant de base soit 42 K€.

- Excisions, parlons-en !

Via son réseau d'associations et d'experts et ses outils, le collectif Excision, parlons-en ! permet aux acteurs du monde francophone travaillant sur les questions de MSF d'avoir accès à des outils de sensibilisation et de communication pour améliorer leur connaissance de la problématique et le partage de bonnes pratiques favorisant ainsi l'information et la prévention. Le collectif s'appuie sur trois axes de travail : l'expertise, le plaidoyer et la communication.

► Action 21 « *Politiques publiques - Accès aux droits* » déclinée localement

Chaque année, des partenariats locaux mettent l'accent sur plusieurs thématiques concourant à la prévention et à la promotion de la santé.

Dans les quartiers prioritaires de la ville (QPV), les crédits alloués (entre 1 K€ et 3 K€) ont pour objet de favoriser la prévention et l'accès aux soins, notamment dépistages des cancers, sexualité, contraception ainsi qu'à des espaces de bien-être et d'estime de soi (principalement pour des femmes victimes de violences).

Hors QPV, les partenariats ont pour objet principal la prévention et la sensibilisation sur des sujets de santé sexuelle variés : MSF, addictions, violences, sexualité, corps, contraception, précarité menstruelle, femmes incarcérées, octobre rose, périnatalité et travail, femmes migrantes, pornographie, cybersexisme.

Sont ainsi financés des ateliers, des groupes de paroles, de l'accueil, de l'information, des formations, un hackaton, des outils, etc.

Quelques exemples :

⇒ favoriser l'accès à la santé (Bas-Rhin Migration santé, 2 K€) ;

⇒ formation de professionnels du secteur médico-social aux violences conjugales (Lozère, CIDFF, 1,8K€) ;

⇒ création d'un outil virtuel de prévention des violences dans le couple à destination des jeunes de 15 ans et + (Occitanie, CIDDF, 4 K€) ;

⇒ sensibilisation au cybersexisme pour les professionnels de centres sociaux (Creuse, Association Aliso, 567€) ;

⇒ accueil et accompagnement des jeunes par la santé à Fontenay-sous-Bois (Val de Marne, Point écoute jeune, 3 K€) ;

⇒ soins de bien-être et ateliers estime de soi pour les femmes victimes de violences (Gironde, Les fées papillons, 3 K€) ;

⇒ parcours de citoyenneté dont santé sexuelle, estime de soi et réappropriation de son corps, pour 2 fois 12 femmes (un groupe de moins de 26 ans et un groupe séniores – Nord, Entreprendre ensemble, 5 K€) ;

⇒ femmes et bien être, sensibilisation cancers et marche rose pour le 8 mars (Ardennes, CIDFF, 3,5K€) ;

⇒ édition de plaquettes « santé des femmes au travail » (Bretagne, 2,5K€).

P304 INCLUSION SOCIALE ET PROTECTION DES PERSONNES

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé de l'action et total pour le programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
14 – Aide alimentaire	10 153 872	9 854 311	10 311 713	10 311 713	14 890 514	14 890 514
19 – Stratégie interministérielle de Prévention et de Lutte contre la Pauvreté des Enfants et des Jeunes			2 000 000	2 000 000	4 000 000	4 000 000
P304 – Inclusion sociale et protection des personnes	**10 153 872**	**9 854 311**	**12 311 713**	**12 311 713**	**18 890 514**	**18 890 514**

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Le programme 304 « Inclusion sociale et protection des personnes » est le support de présentation et d'exécution des dépenses de l'État permettant la mise en œuvre de la prime d'activité ainsi que d'autres dispositifs concourant à l'inclusion sociale et la protection des personnes, il est également le support d'exécution de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté.

CONTRIBUTION DU PROGRAMME À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Une approche renouvelée des politiques de prévention et de lutte contre la pauvreté ne saurait être seulement fondée sur le soutien aux ressources des ménages mais doit mobiliser de nouveaux leviers, par exemple la réduction des coûts des biens et services les plus essentiels, et en particulier l'alimentation.

Aussi, les actions en faveur de la lutte contre la précarité alimentaire sont encouragées au titre de l'action 14 du programme consacré à l'aide alimentaire et font l'objet d'actions spécifiques complémentaires au sein de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. Le gouvernement encourage les mesures de tarification sociale pour l'accès à la cantine et les dispositifs de petit déjeuner pour tous dans certaines écoles situées dans des territoires prioritaires.

Ainsi, l'action 14 « *aide alimentaire* » et une partie de l'action 19 « *stratégie interministérielle de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes* » portent les crédits concourant à la politique transversale de prévention en santé au travers du soutien d'associations d'envergure nationale ou de dispositifs déclinés localement.

Selon une étude de la fédération française des banques alimentaires (FFBA -CSA 2018), 2 personnes sur 3 recevant une aide alimentaire en France rencontrent des problèmes de santé. Les inégalités de santé résultent souvent de l'accumulation, tout au long de la vie, de désavantages sociaux, suite à des changements ou épreuves de vie (divorces, chômage…). Un incident de vie ou de santé peut également faire basculer une vie dans la précarité en seulement quelques mois.

L'étude du CSA alerte sur la santé des bénéficiaires de l'aide alimentaire : 2 bénéficiaires sur 3 rencontre des problèmes de santé : problèmes de vue (36%), dentaires (32%), troubles psychologiques (24%). Les maux de dos, le diabète et le surpoids touchent aussi ces personnes.

L'alimentation est ainsi un des premiers facteurs de prévention en santé En situation de précarité, l'aide alimentaire s'avère décisive pour aider au mieux les personnes démunies et leurs familles.

ACTIONS ET DÉPENSES CONTRIBUANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

► ACTION 14 - "*AIDE ALIMENTAIRE*"

L'insécurité alimentaire pour raisons financières concerne près de 8 millions de personnes. Une des réponses apportées à cette situation est la lutte contre la précarité alimentaire.

Le pilotage de cette politique est confié à la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Les états généraux de l'alimentation ont mis en exergue la nécessité de considérer l'aide alimentaire comme une des composantes de la lutte contre la précarité alimentaire traduite dans la loi dite « *Egalim* » *(Loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous)*.

La politique de lutte contre la précarité alimentaire est aujourd'hui une politique publique interministérielle car elle touche à la fois aux politiques de l'alimentation (via le Programme national pour l'alimentation (PNA) qui traite notamment du pilotage et du soutien au niveau territorial de l'accès à l'alimentation pour tous et par la lutte contre le gaspillage alimentaire pilotés par le ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation), de la Santé (via le Programme national nutrition santé (PNNS 4), de l'Insertion et de la lutte contre la pauvreté.

La lutte contre la précarité alimentaire vise ainsi à favoriser l'accès à une alimentation sûre, diversifiée, de bonne qualité et en quantité suffisante aux personnes en situation de vulnérabilité économique ou sociale. Un des leviers d'action pour la mettre en œuvre est l'aide alimentaire même liée à des situations de pauvreté ou d'exclusion sociale. L'aide alimentaire composante de la lutte contre la précarité alimentaire consiste en la mise à disposition de produits alimentaires aux personnes les plus démunies gratuitement ou contre une participation symbolique. Au-delà de l'aide d'urgence pour satisfaire le besoin vital d'alimentation ou de l'aide visant à compléter ou à équilibrer le panier alimentaire des personnes en situation de précarité, l'intervention de l'État vise à faire de cette activité un levier pour favoriser l'insertion sociale et professionnelle de personnes très éloignées de l'emploi.

L'aide alimentaire est essentiellement assurée par des réseaux associatifs d'envergure nationale, parfois relayés par des associations locales en charge de la distribution de denrées. Son financement est principalement public et européen.

Le programme 304 porte la politique d'aide alimentaire, qui concourt à la lutte contre la pauvreté et permet d'initier des démarches d'inclusion. Le Fonds européen d'aide aux plus démunis (FEAD) contribue à la mise en œuvre de cette politique. Pour la programmation 2014-2020 du FEAD, la France bénéficie d'une enveloppe financière d'un montant total de 587,4 M€. Le FEAD a pour objectif de financer l'achat, le stockage et le transport de denrées alimentaires. Ces fonds sont complétés à hauteur de 15 % par des crédits nationaux, soit 88 millions d'euros par an sur cette période portée par le programme 304. A mi-parcours de la programmation, la France est le premier pays distributeur de denrées FEAD grâce à un réseau logistique et associatif offrant une distribution homogène d'une liste de 27 denrées sur tout le territoire métropolitain (et une partie de l'outre-mer) à travers plus de 6 000 centres de distribution en France.

Cette politique se conjugue avec des actions de lutte contre le gaspillage alimentaire et de promotion de la santé.
Le montant consacré à l'aide alimentaire en 2020 est de **74,5 M€,** pour lequel nous retenons un montant de **14,9 M€** contribuant à la prévention en santé**.**

L'ensemble de ces financements contribue à assurer la mise à disposition d'une aide alimentaire à plus de cinq millions de personnes.

► Action 19 - "*Stratégie interministérielle de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes*"

Le montant total des crédits consacrés aux actions décrites ci-dessous est de 20 M€. Comme pour l'action 14, nous appliquons un abattement de 80% sur le montant total de ces dispositifs, ceux-ci contribuant de manière indirecte aux politiques de prévention en santé.

- **Les petits déjeuners à l'école (2 M€ pour 2020)**

Cette mesure vise à permettre aux élèves issus de familles économiquement défavorisées de bénéficier d'un petit-déjeuner.

Les principes de mise en œuvre de la mesure ont été définis avec le ministère de l'Education nationale :

⇒ le dispositif concerne les écoles dans lesquelles un besoin est identifié, qu'elles se situent ou non dans un réseau d'éducation prioritaire ou un quartier de la politique de la ville (des écoles rurales peuvent ainsi être concernées).

⇒ le dispositif sera mis en œuvre de façon souple et non normative ; il sera porté au choix par la communauté éducative, une association, la commune, etc.

⇒ le dispositif répondra à plusieurs finalités : un apport nutritionnel de qualité et une éducation à l'alimentation.

⇒ les parents seront associés à la mise en œuvre.

Le déploiement se fait en deux temps :

⇒ depuis les vacances de février et de printemps 2019, les premiers petits déjeuners sont organisés dans plusieurs territoires pionniers (académies de Versailles, Amiens, Reims, Lille, Nantes, Toulouse, Montpellier, La Réunion) : à ce stade, c'est 98 communes et plus de 386 écoles (dont 79 dans le Val d'Oise et 46 à La Réunion) qui sont concernées dans 25 départements.

⇒ à la rentrée de septembre 2019, la mesure est mise en place dans tous les territoires, sur la base d'un recensement des besoins par les DSDEN (directions des services départementaux de l'éducation nationale).

Dans les 25 départements pionniers, c'est environ 40 000 enfants scolarisés dans 400 écoles qui auront accès à des petits déjeuners à l'école à compter du mois de mars.

A la rentrée de septembre, c'est plus de 100 000 enfants qui doivent bénéficier de la mesure.

- **La tarification sociale des cantines (2 M€ pour 2020)**

Cette mesure vise à inciter les communes de moins de 10 000 habitants à mettre en place une tarification sociale pour l'accès à la cantine.

L'Agence de services et de paiement assure, pour le compte de l'Etat et en lien avec la Direction générale de la cohésion sociale, l'instruction et le versement d'une aide de 2 € par repas facturé à la tranche la plus basse (maximum 1 €) d'un barème qui doit en contenir au moins trois.

Pour tenir compte des transferts de compétences aux EPCI, sont concernées celles des 10 000 communes éligibles à la fraction cible de la dotation de solidarité rurale (DSR) qui ont gardé la compétence scolaire ainsi que les EPCI ayant la compétence scolaire si deux tiers au moins de leur population habite dans une commune éligible à la DSR cible.

La mesure est mise en œuvre à compter de l'année scolaire 2019-2020 pour les repas concernés servis à compter du 1er avril. Cela implique, pour les communes ou intercommunalités concernées et qui n'auraient pas encore de tarification sociale, l'adoption d'une délibération en ce sens. Celle-ci devra être portée à la connaissance de l'ASP pour permettre le versement de l'aide.

Concrètement, l'aide financière sera versée à deux conditions :

⇒ une tarification sociale des cantines comportant au moins trois tranches doit avoir été mise en place ;

⇒ la tranche la plus basse de cette tarification ne doit pas dépasser 1 € par repas.

L'aide s'élèvera à 2 € par repas facturé à la tranche la plus basse, sur la base d'une simple déclaration du nombre de repas servis. Ce mode de financement simple limite les frais de gestion des collectivités.

Le soutien de l'État bénéficiera aussi aux communes et intercommunalités éligibles qui ont déjà mis en place une tarification sociale.

A terme, la mesure a pour objectif de concerner 70 000 élèves pour 140 repas / an., dans les collectivités éligibles.

P178 PRÉPARATION ET EMPLOI DES FORCES

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé de l'action et total pour le programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
02 – Préparation des forces terrestres	1 689 000	1 689 000	2 869 000	2 869 000	2 900 000	2 900 000
03 – Préparation des forces navales	370 000	370 000	406 000	406 000	406 000	406 000
04 – Préparation des forces aériennes	56 588	56 485	76 842	54 542	57 072	57 072
05 – Logistique et soutien interarmées	7 179 348	7 078 349	7 568 140	7 480 254	8 014 363	7 974 923
P178 – Préparation et emploi des forces	**9 294 936**	**9 193 834**	**10 919 982**	**10 809 796**	**11 377 435**	**11 337 995**

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Placé sous l'autorité du chef d'état-major des armées (CEMA), le programme 178 « Préparation et emploi des forces » recouvre l'ensemble des ressources nécessaires à la préparation et à l'emploi opérationnel des armées, directions et services interarmées. Il constitue le cœur de l'activité du ministère des armées.

CONTRIBUTION DU PROGRAMME A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Le service de santé des armées, sur le programme 178, déploie une chaîne santé opérationnelle complète et cohérente, mise en œuvre en tout temps, en tous lieux et toutes circonstances, capable d'assurer une prise en charge de bout en bout.

Elle est articulée autour de capacités de soins, de ravitaillement en produits de santé, d'évacuations médicales avancées tactiques et stratégiques, d'évaluation et d'expertise des risques sanitaires et enfin de commandement médical opérationnel. Elle est mise en œuvre au travers de cinq composantes qui constituent un ensemble cohérent : médecine des forces, médecine hospitalière, ravitaillement sanitaire, recherche et formation.

ACTIONS ET DEPENSES CONTRIBUANT A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

► La médecine de prévention au sein du ministère des armées

Au sein des armées et de la gendarmerie nationale et auprès des organismes relevant du ministre de la défense, le service de santé des armées (SSA) […] *« prescrit les mesures d'hygiène et de prévention et participe à leur exécution et leur contrôle »* […] » (art. R 3232-11 du code de la Défense).

Pour ce qui concerne les agents civils du ministère, le SSA dispose de 16 médecins et 61 infirmiers intégrés au service de médecine de prévention ministériel.

Pour pallier les difficultés de formation et de recrutement des médecins du travail, 40% des agents civils du ministère bénéficient d'un suivi externalisé par voie de marché (coût de 2 739 440 € en 2018). Les montants prévisionnels des marchés sont supérieurs en 2019 et 2020 pour anticiper, dans un contexte de difficultés de recrutement, les départs en retraite de médecins civils.

En 2018, 166 médecins étaient désignés médecins adjoints chargés de la médecine de prévention. Ces derniers doivent bénéficier en priorité du développement professionnel continu (DPC) en médecine de prévention réalisé par les sept médecins des armées qualifiés en médecine du travail sous la tutelle pédagogique de l'école du Val-de-Grâce.

► Prévention et lutte contre la consommation de drogues

Le SSA réalise des actions pédagogiques au profit de son personnel lors de la formation initiale et continue, des actions préventives ainsi que des actions de dépistage et des projets de recherche. Ces actions s'inscrivent dans le cadre du soutien de santé classique, effectué par le SSA ou dans le cadre de la formation de son personnel, et ne peuvent être isolées financièrement.

La liste des actions menées par le SSA en 2017-2018 dans le cadre de la lutte contre les drogues et les toxicomanies est précisée ci-dessous :

a) Épidémiologie et recherche **:** conduites d'études portant non seulement sur la prévalence des comportements addictifs, mais également sur l'ensemble de leurs déterminants ;

b) Plan ministériel de prévention des risques liés à l'alcool en milieu militaire **:** ce plan est décliné en cinq axes stratégiques et piloté par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) au travers de cinq groupes de travail. Il s'étend à toutes les addictions ;

c) Plan d'action de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) **:**

- étude DECAMIL (Déterminants des conduites addictives chez les militaires) réalisée par le Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées (CESPA), cofinancée par le ministère des Armées, le SSA et la MILDECA, qui a pour objectif d'étudier les relations entre facteurs psychosociaux et environnementaux (santé mentale, traits de personnalité, environnement social, familial et professionnel) et conduites à risques (usages de substances psychoactives, comportements sexuels à risque, non adhésion aux mesures de prévention chimioprophylaxie antipalustre, lutte antivectorielle). Cette enquête vise également à obtenir des chiffres récents de prévalence de ces conduites dans l'armée de terre. Cette enquête a obtenu l'avis favorable du comité de protection des personnes « Ile de France 1 » le 16 mai 2017. Le recueil des données s'est terminé en janvier 2019. Les analyses sont en cours pour un rapport prévu fin 2019 ;
- réalisation de 3 films de sensibilisation (courts métrages d'environ quatre minutes sur la marine, l'armée de l'air et l'armée de terre) s'adressant aux jeunes militaires des trois armées pilotés par le CESPA et financés par la MILDECA ;
- financement d'une thèse de sciences intitulée « nouvelle démarche méthodologique pour améliorer la prévention des comportements à risque : exemple de l'alcool dans les armées ». Cette thèse a été soutenue en septembre 2018.

d) Information délivrée pour tous les candidats au recrutement dès contact avec le centre d'information et de recrutement des forces armées (CIRFA) : cette information porte sur l'incompatibilité entre l'état militaire et la consommation de drogues. Les candidats signent une attestation prouvant qu'ils ont bien reçu cette information.

e) Dépister la consommation de cannabis par test urinaire **:**

- à titre systématique : lors de la visite médicale d'incorporation, pour évaluer l'aptitude médicale (inaptitude des jeunes engagés jugés dépendants au cannabis) et pour renouveler de façon ciblée et adaptée l'information sur les risques de la consommation de drogues ;
- pour les emplois à risque définis par les armées (personnel navigant par exemple).

f) Formation initiale et continue du personnel du SSA **:**

- formation des médecins et des paramédicaux du SSA au dépistage et aux risques liés à l'usage des drogues et à la prise en charge des addictions, lors de la formation initiale, et à chaque occasion en formation continue ;
- formations à la prise en charge des addictions au profit des internes des hôpitaux des armées et des médecins des forces assurées localement par les psychiatres des hôpitaux d'instruction des armées;
- formation à la gestion des usages de substances psychoactives au centre de formation du personnel navigant de l'armée de l'air effectuée par le CESPA.

P212 SOUTIEN DE LA POLITIQUE DE LA DÉFENSE

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé de l'action et total pour le programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
58 – Logistique et soutien interarmées - Personnel travaillant pour le programme "Préparation et emploi des forces"	107 454 186	107 454 186	109 379 637	109 379 637	111 342 194	111 342 194
P212 – Soutien de la politique de la défense	**107 454 186**	**107 454 186**	**109 379 637**	**109 379 637**	**111 342 194**	**111 342 194**

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Le programme 212 « Soutien de la politique de la défense », sous la responsabilité de la secrétaire générale pour l'administration (SGA), rassemble les fonctions transverses de direction et de soutiens mutualisés au profit du ministère des armées. Il regroupe les missions suivantes :

- les politiques transverses du ministère (finances, politique RH, immobilier, politique culturelle et éducative, juridique, achats hors armement, système d'information et de gestion) ;
- des prestations de service (réalisation des infrastructures, action sociale, reconversion) ;
- la mission générale de modernisation de l'administration du ministère en examinant l'ensemble des questions attachées aux projets relevant des responsabilités fonctionnelles du SGA.

CONTRIBUTION DU PROGRAMME A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Depuis 2015, le programme 212 « Soutien de la politique de la défense » accueille l'ensemble des dépenses en masse salariale versées au titre des agents employés par le ministère des armées.

ACTIONS ET DÉPENSES A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Le ministère des armées prend les mesures nécessaires pour préserver la santé et la sécurité de ses agents. Il applique les principes généraux de prévention et met en place une organisation permettant de mener des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation.

Les emplois occupés dans cette filière ont pour objet de concevoir des règles administratives et techniques, de former les agents qui les mettent en œuvre, de conseiller les autorités hiérarchiques, de contrôler et de veiller à l'application des dispositions réglementaires en matière de santé et sécurité au travail. Ces emplois peuvent être occupés par du personnel civil ou militaire relevant notamment des états-majors, directions et services centraux ou échelons subordonnés (zonaux, territoriaux).

Le périmètre des métiers retenus dans la valorisation est le suivant :

Libellé Filière	Description Filière
SANTE SECURITE AU TRAVAIL	La filière "santé, sécurité au travail" regroupe les emplois régis par la règlementation et qui ont pour objet d'exécuter ou faire exécuter des actions propres à assurer le fonctionnement efficace de la prévention en matière de santé, sécurité au travail, de concevoir et de faire appliquer les directives règlementaires, techniques et administratives, de former les agents qui les mettent en œuvre, de conseiller les autorités hiérarchiques et de contrôler la mise en application des dispositions réglementaires. Ces emplois sont tenus notamment par des personnels civils et militaires et sont décrits au niveau des états-majors, directions et services centraux ou échelons subordonnés (zonaux, territoriaux).
SOINS INFIRMIERS	La filière professionnelle "soins infirmiers" regroupe l'ensemble des emplois relatifs aux soins prodigués par des infirmiers diplômés d'État. Ces emplois sont exercés par du personnel civil et/ou militaire, au sein d'établissements du service de santé des armées, de la défense et hors défense. N'ont été retenus que les infirmiers de prévention.
MEDECINE ET ACTIVITES	La filière professionnelle "Médecine et activités vétérinaires" regroupe l'ensemble des emplois relatifs à la

VETERINAIRES	médecine vétérinaire et à la santé publique vétérinaire : sécurité sanitaire des aliments et des eaux, santé et protection des animaux, maîtrise de l'environnement biologique (prévention des zoonoses). Ces emplois sont exercés par du personnel civil ou militaire, au sein des établissements du service de santé des armées (centre médicaux des armées, directions, inspections etc.).
GESTION MEDICO-ECONOMIQUE ET TRAITEMENT DE L'INFORMATION MEDICALE	La filière professionnelle "gestion médico-économique et traitement de l'information médicale" regroupe l'ensemble des emplois relatifs à la collecte et au traitement des informations médicales concernant les patients. Ces emplois sont exercés par du personnel civil et/ou militaire, au sein des établissements du service de santé des armées, hors défense, etc. N'ont été retenus que les agents en santé publique.
MEDECINE-CHIRURGIE	La filière professionnelle "médecine-chirurgie" regroupe l'ensemble des emplois relatifs à la prise en charge médicale ou chirurgicale des êtres humains. Ces emplois sont exercés par du personnel civil et/ou militaire, au sein des établissements du service de santé des armées, de la défense et hors défense. N'ont été retenus que les médecins de santé publique et les médecins de prévention.

P143 ENSEIGNEMENT TECHNIQUE AGRICOLE

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé de l'action et total pour le programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
01 – Mise en oeuvre de l'enseignement dans les établissements publics	11 343 753	11 343 753	11 517 576	11 517 576	11 571 591	11 571 591
04 – Évolution des compétences et dynamique territoriale	216 247	216 247	215 311	215 311	218 043	218 043
P143 – Enseignement technique agricole	**11 560 000**	**11 560 000**	**11 732 887**	**11 732 887**	**11 789 634**	**11 789 634**

EVOLUTION DES CRÉDITS CONSACRÉS À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

L'estimation des crédits est réalisée en comptabilisant les heures d'enseignement consacrées aux modules et stages spécifiques affectées d'un coefficient de 30 % ainsi qu'en considérant que 10 % des temps d'activité des personnels d'éducation et de surveillance, des personnels de santé et des activités d'animation des enseignants d'éducation socioculturelle contribuent à la réalisation des objectifs de la politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

Des crédits au titre de l'action 4 « *évolution des compétences et dynamique territoriale* » sont mobilisés soit dans le cadre du Système national d'appui (SNA) soit au niveau des directions régionales de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF).

La contribution budgétaire à la politique de Santé s'élèvera en 2020 à 11,8 M€, dont 8,8 M€ de temps de personnel.

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

L'enseignement agricole est une composante essentielle du service public national d'éducation et de formation et constitue le deuxième réseau éducatif du pays.

Il est organisé pour remplir les cinq missions définies par le législateur :

- formation (initiale et continue) ;
- insertion sociale, scolaire et professionnelle des élèves, étudiants, apprentis et stagiaires ;
- animation et développement des territoires ;
- développement, expérimentation et innovation agricoles et agroalimentaires ;
- coopération internationale.

Les établissements scolaires d'enseignement technique, au nombre de 809, dispensent des formations allant de la classe de quatrième aux classes préparant aux concours d'entrée aux grandes écoles ou au brevet de technicien supérieur (enseignement supérieur court) dans les champs de compétence du ministère chargé de l'Agriculture, (production, transformation et commercialisation de produits agricoles et agroalimentaires, services en milieu rural, aménagement, environnement).

Ils regroupent les établissements publics locaux d'enseignement et de formation professionnelle agricoles (EPLEFPA) et les établissements privés sous contrat avec l'État, contrat pouvant être de deux types, formation à temps plein ou formation conjuguant, selon un rythme approprié, des enseignements en établissement et d'autres dans le milieu agricole et rural.

CONTRIBUTION DU PROGRAMME A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

L'enseignement technique agricole a accueilli à la rentrée scolaire 2018 près de 159 000 élèves, étudiants de Brevet de technicien supérieur agricole (BTSA) et étudiants des classes préparatoires aux grandes écoles (CPGE) au titre de la formation initiale scolaire, auxquels s'ajoutent plus de 35 000 apprentis.

L'enseignement technique agricole, en 2018, a assuré près de 14,2 millions d'heures de formation pour des stagiaires de la formation continue. Ces formations sont assurées par 218 établissements publics locaux répartis dans 173 établissements publics locaux (EPLEFPA/EPNEFPA) et 591 établissements privés couvrant l'ensemble du territoire national ainsi que les collectivités ultra marines.

ACTIONS ET DÉPENSES CONTRIBUANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

L'insertion sociale, si elle doit permettre à chacun d'appréhender les conditions de vie en société, doit également intégrer les dimensions de promotion de la santé. La politique conduite s'inscrit dans l'axe 1 de la stratégie nationale de santé (SNS) et plus particulièrement dans les mesures relatives à l'école promotrice de santé, et de l'éducation pour la santé des jeunes.

L'enseignement technique agricole participe activement à la promotion de la santé au bénéfice des jeunes accueillis dans ses établissements à trois niveaux :

- par la présence obligatoire d'un volet « *éducation à la santé - prévention* » dans tous les projets d'établissements (circulaire du DGER/SDEPC/C2005-2015 du 19 octobre 2005 qui précise les objectifs et les modalités d'élaboration des projets d'établissements et note de service DGER/SDPOFE/N2007-2002 du 8 janvier 2007 relative aux modalités de mise en œuvre des orientations générales sur la politique globale de vie scolaire). Concourent à ce volet l'ensemble des personnels et plus particulièrement les personnels d'éducation et de surveillance, les personnels de santé et les professeurs d'éducation socioculturelle dans le cadre de leur tiers temps animation. Des projets spécifiques sont financés au niveau des établissements par des crédits déconcentrés;

- par l'intégration dans les formations de temps dédiés « *prévention-santé* ». Au total, ce sont près de 43 000 heures-enseignants consacrées directement aux questions de promotion de la santé et de prévention. Les méthodes pédagogiques s'appuient sur des référentiels de formation et à ce titre :

⇒ des semaines à thèmes « *éducation à la santé et à la sexualité* » (57 heures sur deux ans) sont mises en œuvre pour toutes les classes de 4ème et de 3ème de l'enseignement agricole ;

⇒ un stage collectif de 30 heures « *éducation à la santé et au développement durable* » est mis en œuvre en seconde professionnelle ;

⇒ un stage de 30 heures « *éducation à la santé et au développement durable* » est mis en œuvre au cours du cycle terminal du baccalauréat professionnel ;

⇒ un stage de 30 heures en « *éducation à la santé et au développement durable* » en cycle terminal du baccalauréat technologique.

- par la mise en place dès 2001 d'un réseau d'acteurs de prévention dans le domaine de la santé et des conduites addictives (le Réseau d'éducation pour la santé, l'écoute et le développement de l'adolescent - RESEDA). La volonté de faire de l'éducation pour la santé et de la prévention des conduites addictives une question partagée par tous, incite à mobiliser l'ensemble des professions de l'enseignement agricole ainsi que des partenaires extérieurs, dont des professionnels de la santé et d'autres réseaux d'éducation pour la santé. Le réseau RESEDA est ainsi une organisation d'acteurs qui se regroupent régulièrement pour des temps de formation et de construction collective des projets pédagogiques de prévention mis en œuvre concrètement dans les établissements.

- par la mise en place, à la rentrée 2020, d'un réseau thématique relatif à l'éducation à la santé sécurité au travail.

Exemples d'actions mises en œuvre par le ministère de l'agriculture et de l'alimentation :

- une action de mise en place de programmes de prévention dans les établissements de l'enseignement technique agricole, lancée à la rentrée scolaire 2018 et qui se poursuit sur l'année scolaire 2019-2020. Cette action fait suite à l'action expérimentale pour la mise en place de programmes de prévention des conduites addictives, qui s'est déroulée sur les années scolaires 2016-2017 et 2017-2018 ;

- une action visant à renforcer l'enseignement de la santé et de la sécurité au travail dans les formations professionnelles et technologiques agricoles. Cette mesure s'appuie sur la convention de partenariat signée entre la direction générale de l'enseignement et de la recherche (DGER), la direction générale du travail (DGT) et la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) ;

- le développement, depuis 2018, d'une plateforme numérique au service du bien-être des jeunes en établissement scolaire agricole. Cette plateforme a pour objectifs principaux :

⇒ de sensibiliser les acteurs de l'enseignement agricole à la promotion de la santé en établissement scolaire et au développement / renforcement des compétences psychosociales des jeunes (CPS) ;

⇒ d'outiller ces acteurs en vue de la mise en place de projets en santé dans les établissements agricoles, reposant sur une approche systémique, sur le développement des CPS et en intégrant une dimension évaluative.

P230 VIE DE L'ÉLÈVE

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé de l'action et total pour le programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
01 – Vie scolaire et éducation à la responsabilité	218 676 266	218 676 266	216 070 741	216 070 741	219 565 705	219 565 705
02 – Santé scolaire	104 015 032	104 015 032	116 951 097	116 951 097	117 711 293	117 711 293
06 – Actions éducatives complémentaires aux enseignements	453 104	453 104	461 348	461 348	461 348	461 348
P230 – Vie de l'élève	**323 144 402**	**323 144 402**	**333 483 186**	**333 483 186**	**337 738 346**	**337 738 346**

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Le ministère de l'Éducation nationale et de la jeunesse pilote, grâce à l'action 2 du programme, la politique éducative de santé, qui constitue un facteur essentiel de bien-être des élèves, de réussite scolaire et d'équité. La politique éducative de santé participe à la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé 2018-2022 et du Plan national de santé publique, par le développement d'une « école promotrice de santé ». Cette démarche permet d'articuler le déploiement d'actions éducatives et pédagogiques en promotion de la santé, de mobiliser l'ensemble de la

communauté éducative et les parents, de favoriser les partenariats associatifs et d'engager les élèves, notamment comme « ambassadeurs élèves » pour partager des messages de prévention auprès de leurs pairs.

Par ailleurs, le suivi de la santé des élèves est notamment assuré par des visites médicales et des dépistages obligatoires tout au long de leur scolarité.

CONTRIBUTION DU PROGRAMME A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

L'école a des responsabilités importantes en matière de santé, considérée dans ses dimensions physique, psychique, sociale et environnementale, pour favoriser la réussite scolaire des élèves et la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé. La politique éducative de santé repose sur trois axes : l'éducation à la santé, la prévention et la protection.

L'article L. 121-4-1 du Code de l'éducation définit le champ de la mission de promotion de la santé à l'école qui comprend entre autres :

- la mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé ;
- l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation de programmes de promotion de la santé ;
- la participation à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre au niveau national, régional et départemental en lien avec les agences régionales de santé (ARS) ;
- la réalisation des examens médicaux et des bilans de santé ;
- la participation à la veille épidémiologique par le recueil et l'exploitation de données statistiques.

La circulaire n°2015-117 du 10 novembre 2015 définit les orientations générales de la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves et la gouvernance aux échelons national, académique et départemental.

Une convention-cadre de partenariat entre le ministère de l'Education nationale et de la jeunesse et le ministère des Solidarités et de la Santé a été signée le 29 novembre 2016. Ce partenariat permet de favoriser la mise en œuvre de la politique éducative de santé au niveau départemental et académique, notamment par la coopération entre les agences régionales de santé (ARS) et les rectorats d'académie.

La circulaire n°2016-114 du 10 août 2016 énonce les orientations générales relatives aux comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) permettant de définir la mise en œuvre de la politique éducative de santé à tous les échelons territoriaux. Cette instance, déclinée en différents niveaux de responsabilité et de compétence - académique, départemental, d'établissement et en interdegrés - renforce la cohérence et la lisibilité de la politique éducative de l'école ou de l'établissement, sur la base des diagnostics de territoires et grâce à une construction des partenariats nécessaires dans une démarche globale et fédératrice.

La promotion de la santé en milieu scolaire est l'affaire de tous les membres de la communauté éducative, même si les personnels sociaux, psychologues et de santé restent les personnels ressources au sein des établissements, et créent au quotidien un environnement scolaire bienveillant et de confiance favorable à l'épanouissement de chacun et afin d'assurer la réussite scolaire des élèves.

La circulaire n°2015-118 du 10 novembre 2015 fixe les missions des médecins de l'éducation nationale qui exercent dans un secteur regroupant écoles, collèges et qui sont sous l'autorité de l'inspecteur d'académie, directeur académique des services de l'éducation nationale (IA-DASEN).

La circulaire n°2015-119 du 10 novembre 2015 fixe les missions des infirmiers de l'éducation nationale. L'infirmier de l'éducation nationale exerce dans un EPLE, peut intervenir en école et est placé sous l'autorité du principal du collège ou du proviseur du lycée.

Enfin, l'arrêté du 3 novembre 2015 établit la périodicité et le contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation. La loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance, promulguée le 28 juillet 2019, prévoit une évolution législative de cet arrêté pour 2020.

La promotion de la santé en milieu scolaire est organisée autour de trois axes :

1. l'éducation à la santé, fondée sur le socle commun de connaissances, de compétences et de culture qui s'appuie sur les enseignements disciplinaires et interdisciplinaires afin d'acquérir les compétences, notamment psychosociales ;
2. la prévention en partenariat avec les acteurs locaux (agences régionales de santé, collectivités territoriales, associations, etc.) en référence aux priorités de santé publique afin de mettre en place des actions à dimensions éducatives et sociales (conduites addictives, alimentation et activité physique, éducation à la sexualité, etc.) et pouvant donner lieu à des temps forts qui s'inscrivent dans la vie des écoles et des établissements ;
3. la protection de la santé pour offrir aux élèves l'environnement le plus favorable possible à leur santé et à leur bien-être.

L'ensemble de ces actions visent à développer les compétences psychosociales afin de permettre aux élèves de faire des choix éclairés et responsables. Il s'agit de faire acquérir aux élèves des connaissances, des compétences et des attitudes visant à leur faire prendre conscience des effets bénéfiques ou néfastes de certains comportements et de combattre les pratiques qui contribuent à banaliser l'usage de produits psychoactifs. La démarche adoptée conduit les élèves à être acteurs d'une démarche de prévention.

ACTIONS ET DÉPENSES CONTRIBUANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Action 2 : « Santé scolaire »

Considérant la santé comme un domaine impactant la vie de l'enfant et de l'adolescent dans sa globalité, la mise en œuvre de la promotion de la santé s'appuie sur des initiatives transversales et le développement des compétences psychosociales.

Les actions conduites en milieu scolaire en matière de promotion de la santé s'inscrivent en application de la loi du 26 janvier 2016 définissant la politique de santé, dans le cadre de la stratégie nationale de santé (SNS 2018-2022) et de son volet opérationnel, le plan national de santé publique (PNSP). Les enfants et les adolescents sont au cœur de cette stratégie, à la fois par des entrées thématiques transversales mais surtout par une priorité donnée à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune.

Pour veiller à la santé des élèves et à leur bien-être, l'institution scolaire s'appuie plus spécifiquement sur les médecins et les infirmiers de l'éducation nationale, qui participent - tout comme les personnels pédagogiques et éducatifs - à la promotion de la santé en faveur de la réussite de l'élève. Ils assurent notamment les visites médicales (de la 6e année) et dépistages (de la 12e année par un infirmier) obligatoires, qui permettent d'identifier et de diagnostiquer les troubles susceptibles d'entraver les apprentissages, et de suivre les élèves atteints de maladies chroniques et en situation de handicap. Ils facilitent l'accès aux soins des élèves et assurent une orientation vers les services médico-sociaux après identification des signes de mal-être des jeunes par les enseignants et l'équipe éducative dans son ensemble.

Les actions de prévention, mises en œuvre de la première socialisation à l'entrée au CP, doivent s'intégrer dans un « parcours santé-accueil-éducation », inscrit dans le plan national de santé publique. La mise en œuvre de ce parcours requiert le développement de la coordination entre les équipes éducatives, les personnels de santé scolaire, de la protection maternelle et infantile (PMI) et les professionnels de santé (secteur libéral et hospitalier). La loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance (article 13 modifiant l'article L. 541-1 du code de l'éducation) dispose qu'une visite est organisée à l'école pour tous les enfants âgés de trois à quatre ans, et effectuée par les professionnels de santé du service départemental de la protection maternelle et infantile, les professionnels de santé de l'éducation nationale y contribuant, si nécessaire, afin que tous les élèves en bénéficient. Au cours de la 6e année, une visite permettant en particulier un dépistage des troubles spécifiques du langage et des apprentissages est également organisée pour tous les élèves.

La promotion de la santé en milieu scolaire trouve également un cadre dans les éducations transversales (éducation à l'alimentation et éducation à la sexualité) déployées à l'école et en établissement au sein des apprentissages et dans un continuum éducatif.

L'éducation à l'alimentation est inscrite dans le code de l'éducation (article L. 312-17-3). Sa mise en œuvre, qui relève de l'ensemble de la communauté éducative, est accompagnée par la diffusion d'un vademecum dédié à partir de la rentrée 2019 (mesure de la stratégie nationale de santé 2018-2022) et par la mise à disposition d'outils et d'informations sur le portail Eduscol dans la rubrique « Education à l'alimentation et au goût » (https://eduscol.education.fr/pid32788/education-a-l-alimentation-et-au-gout.html).

L'éducation à la sexualité relève de l'article L. 312-16 du code de l'éducation. La circulaire n° 2018-111 du 12 septembre 2018 et des ressources en ligne sur Eduscol orientent sa mise en œuvre dans les écoles et EPLE (https://eduscol.education.fr/pid23366/education-a-la-sexualite.html). Un comité national de pilotage « éducation à la sexualité » a été créé en 2013 ; il a pour mission de concevoir les parcours de formation en éducation à la sexualité ainsi que de suivre la mise en œuvre du dispositif en académie par les équipes de pilotage désignées par les recteurs. A la rentrée 2019, un vademecum « éducation à la sexualité dans le premier degré » sera diffusé aux écoles et un vademecum « éducation à la sexualité dans le second degré » sera diffusé aux établissements.

La promotion de la santé s'inscrit enfin dans le cadre de programmes validés scientifiquement, réalisés par une communauté enseignante et de santé formée à la question du développement des compétences psychosociales, et comprenant des ressources pédagogiques. Ces programmes sont adaptés au besoin du public cible et mis en œuvre dans le cadre des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). L'éducation nationale impulse ainsi des politiques éducatives globales de prévention des conduites à risques et participe à des expérimentations pilotes de programmes de prévention des conduites addictives sur différents territoires, en partenariat notamment avec la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Des ressources, outils et informations concernant ces programmes (Unplugged, Good Behaviour Game, Assist, Tabado, « Jouer à débattre », MAAD et MAAD Digital) sont disponibles en ligne sur le portail Eduscol (https://eduscol.education.fr/cid46870/prevention-des-conduites-addictives.html).

La sensibilisation des élèves à un certain nombre de problématiques de santé implique l'ensemble des équipes éducatives (enseignants, conseillers principaux d'éducation, personnels sociaux et de santé) sous le pilotage du chef d'établissement dans le second degré. Dans chaque établissement, le CESC définit la programmation de ces actions et organise le partenariat éventuel pour sa mise en œuvre, qui peut intervenir dans le cadre des CESC inter-établissements, de bassin ou inter-degrés lorsqu'ils sont créés. La politique éducative sociale et de santé est, en outre, déclinée dans les projets d'école et d'établissement. Les comités départementaux d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CDESC) associent à leurs travaux l'ensemble des partenaires pouvant apporter leurs concours aux projets départementaux.

Au niveau académique, la politique éducative sociale et de santé est pilotée par le comité académique d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CAESC) réunissant l'ensemble des conseillers techniques auprès du recteur, le proviseur vie scolaire (PVS) et les corps d'inspection. Cette politique est menée en cohérence avec les autres volets de l'action gouvernementale, en particulier la stratégie nationale de santé. Les conventions signées par les recteurs avec les directeurs généraux des agences régionales de santé tiennent compte des spécificités territoriales.

Afin de donner des repères indispensables aux élèves comme aux adultes, le ministère en charge de l'éducation nationale diffuse largement des outils informatifs ou méthodologiques élaborés, le cas échéant, en partenariat avec d'autres instances publiques. Le partenariat est un élément intrinsèque à l'école promotrice de santé, car son existence suppose une cohérence des projets et des actions développées dans l'école ou l'établissement.A titre d'exemple, un partenariat entre chaque établissement scolaire et une consultation jeunes consommateurs (CJC) référente située à proximité peut être élaboré afin de rapprocher les équipes éducatives et celles de la CJC afin de faciliter l'intervention de cette dernière pour des actions de prévention collective. En outre, une convention cadre de partenariat avec la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) signée en juillet 2019 permet de renforcer la coordination des actions et des acteurs en matière de promotion de la santé dès le plus jeune âge.

Enfin, depuis la rentrée 2018, les étudiants inscrits dans une formation donnant accès aux professions de santé effectuent un service sanitaire et sont accueillis dans différentes structures dont les établissements d'enseignement. Inscrite dans la SNS 2018-2022, le service sanitaire doit permettre aux étudiants de participer à la prévention auprès des élèves en réalisant, au sein des écoles et des EPLE, des interventions avec des personnels de l'éducation

nationale, sous le pilotage des inspecteurs de l'éducation nationale dans le premier degré et des chefs d'établissement dans le second degré.

P214 SOUTIEN DE LA POLITIQUE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé de l'action et total pour le programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
06 – Politique des ressources humaines	16 514 579	15 514 579	16 240 376	16 240 376	16 240 376	16 240 376
P214 – Soutien de la politique de l'éducation nationale	**16 514 579**	**15 514 579**	**16 240 376**	**16 240 376**	**16 240 376**	**16 240 376**

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Le programme 214 « *Soutien de la politique de l'éducation nationale* » porte les ressources nécessaires aux fonctions support du ministère de l'Education nationale et de la jeunesse et du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation pour mettre en œuvre les politiques publiques relevant des missions interministérielles de l'enseignement scolaire et de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Les ressources du programme 214 ont pour finalité d'améliorer les résultats du système éducatif au service de la réussite de tous et de l'excellence de chacun des élèves.

CONTRIBUTION DU PROGRAMME A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

L'action 6 assure le financement de la mise en œuvre de la politique générale de santé pour l'ensemble des personnels. En effet, le ministère s'est engagé à une meilleure prise en compte du bien-être au travail et à l'amélioration de la surveillance médicale : lors du recrutement d'un agent afin de vérifier son aptitude générale à exercer un emploi public, puis tout au long de sa carrière dans le cadre de la médecine de prévention.

Les missions du médecin de prévention sont multiples :

- il assure le suivi médical des personnels et accompagne les services de gestion de ressources humaines dans ses missions d'intégration des personnels handicapés ;
- il apporte une expertise sur l'environnement professionnel (accessibilité, hygiène, sécurité, aménagement, équipement matériel, etc.) ;
- il contribue à la définition et à la mise œuvre de la politique de prévention de l'académie et conduit des études et enquêtes épidémiologiques.

ACTIONS ET DÉPENSES CONTRIBUANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Action 6 : « *Politique des ressources humaines* »

♦La dépense constatée au titre des honoraires relatifs aux visites médicales obligatoires de contrôle, d'expertise et d'embauche effectuées par un médecin sans lien hiérarchique avec l'Etat, s'est élevée à 1,22 M€ en 2018 (source RAP 2018).

♦6,09 M€ ont été consacrés à diverses dépenses :

- liées à la médecine de prévention : achats de fournitures médicales, conventions de prestation de service, matériels, équipement des personnels handicapés, etc. ;
- relatives à l'accueil, l'information et le conseil en faveur des personnels ;

- 3,35 M€ ont été versés à la mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) dans le cadre d'un conventionnement d'actions concertées en vue de venir en aide aux personnes fragilisées ou en situation de handicap. Ces actions bénéficient à l'ensemble des agents, actifs et retraités, ainsi qu'à leurs enfants en situation de handicap. La MGEN s'engage à fournir un financement au moins équivalent à celui accordé par le ministère dans le respect des objectifs assignés.

Les actions menées par la MGEN, ainsi que celle menées par le MENJ et le MESRI en direction des acteurs et des usagers du système éducatif, doivent contribuer à promouvoir :

- la santé et le bien-être au travail des personnels relevant des ministères de l'éducation nationale, et de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation;
- la promotion de la santé et du bien-être des élèves du premier et du second degré;
- des études et des recherches pour les personnels relevant de l'éducation nationale, et de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation et les élèves du premier et du second degrés.

P231 VIE ÉTUDIANTE

EVOLUTION DES CREDITS CONSACRÉS A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Le montant affecté au fonctionnement des SUMPPS ne peut être individualisé ni au niveau du PLF ni en exécution budgétaire. Ce montant est globalisé dans un montant de subventions pour charges de service public qui regroupent également des crédits d'actions culturelles et sportives.

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Le programme 231 « *vie étudiante* » concourt à la promotion de l'égalité des chances et à la réussite des étudiants. Un ensemble d'aides favorisant l'accès à l'enseignement supérieur, le déroulement des études et la qualité de vie des étudiants est dédié à cet objectif.

CONTRIBUTION DU PROGRAMME À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

L'action 3 « *santé des étudiants et activités associatives, culturelles et sportives"*, comprend des crédits destinés à la politique menée en matière de santé étudiante, à la prévention et à l'accès aux soins.

Ces crédits permettent de financer principalement :

- les services universitaires ou interuniversitaires qui œuvrent dans le champ de la santé (les Services universitaires ou interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé – S(I)UMPPS), du sport (les Services universitaires des activités physiques et sportives - SUAPS) et de l'animation de campus (pour un total de 22,15 millions d'euros) ;
- les mesures d'accompagnement des étudiants en situation de handicap (23,77 millions d'euros).

Une part de ces crédits est également destinée :

- à la fédération française du sport universitaire (4,95 millions d'euros) ;
- aux associations étudiantes (3,16 millions d'euros) ;
- aux cotisations URSSAF des étudiants en stage et aux rentes versées aux étudiants pour accident du travail (2,63 millions d'euros) ;
- ainsi qu'aux « *cordées de la réussite* » (0,5 million d'euros pour 423 cordées).

Ces crédits budgétaires sont complétés depuis 2018-2019 par le produit de la « *contribution de vie étudiante et de campus* » (CVEC).

Cette contribution créée par la loi relative à l'orientation et à la réussite des étudiants du 8 mars 2018 (ORE) est destinée à favoriser l'accueil et l'accompagnement social, sanitaire, culturel et sportif des étudiants et à conforter les actions de prévention et d'éducation à la santé réalisées à leur intention.

Une circulaire de mars 2019 fixe les priorités ministérielles en matière d'usage de la contribution. Pour les années universitaires 2018-2019 et 2019-2020, les établissements devront proposer des actions supplémentaires en faveur de la prévention et de la santé des étudiants. Une enquête qualitative permettra dès 2020 d'apprécier la plus-value de la CVEC aux actions de vie étudiante.

ACTIONS ET DÉPENSES CONTRIBUANT À LA POLITIQUE TRASNVERSALE

Le plan national de vie étudiante (2015) a placé la santé comme un enjeu clé de sa politique publique en faveur de l'amélioration des conditions de vie des étudiants. Il fixe les objectifs d'amélioration de l'accès aux droits en santé et la simplification du système d'assurance maladie pour les étudiants.

La loi « Orientation et réussite des étudiants » du 8 mars 2018 fixe la date du 1er septembre 2019 pour l'entrée de chaque étudiant au régime général de la sécurité sociale et créée la conférence de prévention étudiante qui fédère les acteurs, financeurs et bénéficiaires de la prévention et de la santé étudiante.

La conférence de prévention étudiante a pour but d'assurer, en lien avec la stratégie nationale de santé, les plans nationaux de santé publique et le plan étudiants, le développement d'actions promouvant des comportements favorables à la santé de l'ensemble des étudiants.

Installée le 21 mai 2019, la conférence de prévention a rassemblé les ministères certificateurs, les services de santé universitaires, les associations intervenant sur le champ de la prévention, les étudiants, les conférences d'établissements, recteurs, mutuelles, des chercheurs et des personnalités qualifiées.

Par les échanges d'expériences et de pratiques, elle réunit et favorise les collaborations entre les acteurs, les territoires, les bénéficiaires.

Par sa spécificité, elle contribue à la définition et à l'évolution des politiques publiques propres aux étudiants en matière de prévention au regard des besoins et de l'évolution de leurs pratiques.

L'accès à la santé et la réduction du renoncement aux soins pour les étudiants passe par l'augmentation du nombre de centres de santé universitaires et l'élargissement des compétences des services de santé non érigés en centres de santé.

Les centres de santé universitaires sont au nombre de 26 sur les 57 services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé répartis sur le territoire.

La consolidation du rôle des services de santé universitaires, pivot de la santé étudiante, s'est concrétisée par la publication du décret du 18 février 2019 relatif aux S(I)UMPPS qui élargit leurs missions en leur confiant des missions complémentaires, répond aux besoins de la population étudiante en matière de prévention (vaccination, contraception, arrêt du tabac…).

Les services de santé universitaires ont pour mission première la prévention et l'organisation d'au moins un examen de santé pour chaque étudiant au cours de ses trois premières années d'études dans l'enseignement supérieur.

Cet examen permet une approche globale de la situation de l'étudiant, à la fois médicale, psychologique et sociale. Il est également l'occasion de proposer à l'étudiant des mesures de prévention, notamment de vaccination et de dépistage.

L'élargissement des missions des SUMPPS permettra de répondre à l'évolution des besoins de soins et outillera la prévention de la possibilité de prescrire notamment la contraception, les dépistages et les substituts nicotiniques, la rendant plus attractive pour les bénéficiaires.

► Spécificité des besoins des étudiants

Le renforcement de la prévention sur tous les champs et particulièrement sur ceux de la santé mentale, de la santé sexuelle, de la prévention des risques festifs, des pratiques d'alcoolisation massive, des addictions et du sevrage tabagique, de l'équilibre alimentaire constitue l'un des axes forts de la politique de prévention du ministère chargé de l'enseignement supérieur.

En partenariat avec un large réseau d'acteurs, le ministère chargé de l'enseignement supérieur soutient des associations dont l'objet est de contribuer à la prévention des conduites à risques ou à la promotion de la santé. Il contribue ainsi à la réalisation d'actions de prévention ainsi qu'à des expérimentations sur ces champs et particulièrement sur la santé mentale. Tous ces projets contribuent à l'amélioration des conditions de vie de l'étudiant et à la réussite des études.

- **Risques festifs**

Parmi ces priorités, la prévention des risques festifs et particulièrement les pratiques d'alcoolisation massive propres aux étudiants lors des soirées d'intégration. En effet, lors de certains de ces événements, la consommation d'alcool excessive conduit à des prises de risques et parfois à des drames.

Par une démarche incitative de responsabilisation des acteurs, le ministère en charge de l'enseignement supérieur a porté la signature d'une charte intitulée « *stop aux danger dans les soirées d'inté* » qui a recueilli les engagements des acteurs de la communauté de l'enseignement supérieur. Il s'agit d'impulser, par une action concertée, une démarche de responsabilisation de tous, de supprimer tous les types de danger lors des événements et d'assurer la pleine sécurité des étudiants.

Cet engagement collectif national incite l'ensemble des partenaires, des organisations sectorielles ou territoriales à veiller à la signature de la charte au niveau territorial et au respect de ses principes par les organisateurs locaux d'événements.

Cette démarche incitative est déployée vers les aspects les plus divers de la prévention et notamment le respect du cadre légal en matière de bizutage, de commercialisation d'alcool et de lutte contre toutes les formes de discrimination qui font l'objet de prévention par des formations dispensées aux associations étudiantes notamment sur l'observance des règles de sécurité, et la mise en place de dispositifs de prévention et de réduction des risques.

- **La santé mentale**

L'Observatoire national de la vie étudiante (OVE) a publié en 2018 une « *enquête santé* ». Cette enquête, réalisée sur la santé de la population étudiante, a pour objectif d'étudier l'état de santé, les comportements, représentations, pratiques en matière de soin et bien-être.

Celle-ci montre que les étudiants sont près de 20 % à présenter les signes d'une détresse psychologique dans les quatre semaines qui précèdent l'enquête.

Ils sont un peu plus de 8 % à déclarer avoir pensé à se suicider au cours des 12 mois précédant l'enquête, contre un peu plus de 3 % des 15-30 ans en population générale (INPES 2013). Les étudiants en santé sont davantage touchés par les risques dépressifs et suicidaires.

Des actions de prévention, dont l'action expérimentale premiers secours en santé mentale qui a pour objet de former dans la population étudiante des secouristes en santé mentale ont été initiées en 2019 dans quatre universités et seront déployées en 2020. Elles visent à repérer les risques de décompensation chez les étudiants en difficulté.

Le premier semestre de l'année 2019 a vu l'installation du centre national d'appui (CNA). Le centre a pour objet de répondre à la problématique de la souffrance chez les étudiants en santé Celui-ci résulte du constat de souffrances chez ces étudiants, d'abandon ou de passage à l'acte. Il a pour objet de les prévenir notamment en renforçant les structures de soutien.

- **La lutte contre les addictions, le cannabis et le tabac**

Le début de l'âge adulte coïncide avec un contrôle parental moins présent, alors qu'il s'agit d'une phase de découverte, notamment concernant la consommation de produits psychoactifs.

Après les initiations, c'est à cet âge que certaines consommations peuvent basculer dans la dépendance et perdurer à l'âge adulte.

Sur ce champ, le rôle des pairs (étudiants relais santé, service sanitaire en santé) est déterminant. A ce titre, une collaboration étroite avec la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) qui apporte un financement annuel de 140 K€, permet de soutenir la formation des étudiants relais santé en matière de prévention des addictions et de contribuer à la construction d'actions de prévention dédiées.

- **La santé sexuelle**

Sur le champ de la santé sexuelle, les services de santé universitaires, érigés ou non en centres de santé, assurent la prévention des infections sexuellement transmissibles, délivrent la contraception d'urgence, la contraception régulière et délivrent un message d'éducation à la sexualité (dont le consentement). Ces messages sont notamment portés par les étudiants relais santé formés spécifiquement à ces problématiques.

Enfin, la prévention de pair à pair est un vecteur particulièrement favorisé par les services de santé universitaires. Ces derniers apportent une complémentarité aux actions de médiation menées par les professionnels de santé dont ils décuplent l'efficacité par la proximité de génération et la proximité sociale.

Les services de santé universitaires s'appuient sur les étudiants relais santé, les jeunes en service civique et les étudiants en santé effectuant un service sanitaire, soit 47 000 étudiants qui interviennent sur des thèmes prioritaires de la santé publique (promotion de l'activité physique, information sur la contraception, lutte contre les addictions – tabac, alcool, drogues).

Ces étudiants réalisent des actions de promotion de la santé auprès des publics étudiants et reçoivent une formation à la prévention de santé.

Ce service sanitaire permet de sensibiliser les futurs professionnels de santé à l'importance du volet préventif au regard du volet curatif de leur exercice futur. Le déploiement des effectifs de médiateurs étudiants est un moyen de renforcer l'efficacité de la politique en matière de prévention tout en étant une assurance de son immersion dans la réalité des pratiques étudiantes. Il favorise également l'interdisciplinarité pour une meilleure portée du message auprès des publics.

P104 INTÉGRATION ET ACCÈS À LA NATIONALITÉ FRANÇAISE

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Le programme 104 « intégration et accès à la nationalité » regroupe les crédits consacrés à l'intégration des étrangers et des réfugiés et s'articule autour de cinq actions :

Action 11 « *accueil des étrangers primo-arrivants* », qui porte la subvention pour charge de service public (SCSP) et les crédits d'intervention pour les aides au retour volontaire (ARV), ensemble de crédits versés à l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) ;

Action 12 « *actions d'accompagnement des étrangers en situation régulière* », qui finance les actions d'intégration au-delà des prestations de l'OFII en direction des étrangers primo-arrivants, ainsi que les actions structurantes en direction des professionnels qui les accompagnent ;

Action 14 « *accès à la nationalité française* », qui porte les crédits de fonctionnement de la sous-direction de l'accès à la nationalité française ;

Action 15 « *accompagnement des réfugiés* », qui soutient les actions d'intégration des réfugiés et des bénéficiaires de la protection internationale ayant besoin d'un accompagnement spécifique, notamment s'agissant de l'emploi et du

logement, afin de faciliter leur parcours d'intégration. Elle finance à titre principal les centres provisoires d'hébergement des réfugiés (CPH) ;

Action 16 « *accompagnement du Plan de traitement des foyers de travailleurs migrants (FTM)*». Le ministère de l'intérieur accompagne la rénovation et la modernisation des foyers de travailleurs migrants par leur transformation en résidences sociales dans le cadre d'un plan pluriannuel piloté par la Commission interministérielle pour le logement des populations immigrées (CILPI). Cette action participe à la prise en charge des pertes d'exploitation liées et à l'organisation de la vacance, par une ingénierie sociale et une aide à l'équipement de mobilier adapté aux migrants âgés.

CONTRIBUTION DU PROGRAMME À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Le programme 104 contribue dans le cadre de la politique d'intégration à la politique de prévention en santé sur plusieurs axes :

- le contrat d'intégration républicaine (CIR), mis en œuvre par l'OFII et signé par l'étranger admis à séjourner durablement en France, permet à celui-ci de bénéficier d'une formation civique de quatre jours comprenant, outre la découverte de la France et des volets emploi, logement et parentalité, un volet consacré à la santé (action 11) ;
- le financement au niveau national d'associations intervenant auprès de professionnels de santé ou d'intervenants sociaux; au niveau déconcentré, des actions d'intégration visant un accompagnement global par le secteur associatif, et qui parfois sont orientées vers la prévention santé (action 12) ;
- le financement d'actions, en direction des travailleurs migrants âgés résidant dans les foyers de travailleurs migrants ou les résidences sociales, favorisant l'accès aux droits et à la santé (action 16).

ACTIONS ET DÉPENSES CONTRIBUANT À LA POLITIQUE TRASNVERSALE

► Action 11 - "Accueil des étrangers primo-arrivants"

Le financement des prestations de formation civique du CIR est compris dans la subvention pour charge de service public versée au titre de l'action 11 du programme 104 à l'OFII. Le volet santé présenté lors des deuxième et troisième journées est destiné à faire connaître notre système de soin (l'urgence, la couverture maladie, le parcours de santé, les dispositifs de prévention) et à sensibiliser à la lutte contre les violences physiques notamment. Un approfondissement de ces thèmes peut être prévu lors d'ateliers au cours de la quatrième journée, sur demande des publics.

► Action 12 - "*Actions d'accompagnement des étrangers en situation régulière*"

Le primo-arrivant peut bénéficier d'actions d'accompagnement social financées au niveau local au titre de l'action 12 par le biais d'appel à projets locaux. Au niveau national, un soutien peut aussi être apporté à des associations mettant en œuvre des actions de formation des professionnels pour la prévention des violences ou l'accès aux soins des personnes vulnérables.

► Action 16 - "*Accompagnement du plan de traitement des foyers de travailleurs migrants (FTM)*"

Enfin, au titre de l'action 16, les différentes actions subventionnées relèvent de l'amélioration des conditions de vie des résidents de FTM et résidences sociales (RS), où l'on dénombre de nombreuses personnes âgées surnommées « Chibanis ».

Sont financées les actions suivantes relevant du secteur de la santé :

⇒ la médiation santé pour favoriser l'accès aux soins des publics fragiles ;

⇒ la promotion de la prévention santé : réunions d'information et de sensibilisation sur la santé (diabète, nutrition, isolement...) ;

⇒ la reprise du lien social des publics fragiles ;

⇒ l'aide au maintien à domicile par l'équipement des logements en mobilier adapté au vieillissement de certains résidents.

P152 GENDARMERIE NATIONALE

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé de l'action et total pour le programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
01 – Ordre et sécurité publics	23 430 882	22 978 560	24 972 821	23 229 868	25 926 111	23 873 945
02 – Sécurité routière	71 336 007	69 958 898	76 030 484	70 724 014	78 932 803	72 684 923
03 – Missions de police judiciaire et concours à la justice	120 948 538	120 905 780	121 193 133	121 028 373	130 349 640	130 155 650
04 – Commandement, ressources humaines et logistique	595 319	572 722	649 906	574 391	675 398	586 486
P152 – Gendarmerie nationale	**216 310 746**	**214 415 960**	**222 846 344**	**215 556 646**	**235 883 952**	**227 301 004**

EVOLUTION DES CRÉDITS CONSACRÉS À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Les crédits dédiés à la politique transversale par le programme 152 correspondent à une partie des actions n°01 « *Ordre et sécurité publics* », n°02 « *Sécurité routière* », n°03 « *Missions de police judiciaire et concours à la justice* » et n°04 « *commandement, ressources humaines et logistique* ».

La valorisation financière est réalisée en coûts moyens complets sur la base des effectifs agissant en faveur de la politique transversale. Ils sont obtenus à partir des dépenses de personnel auxquelles sont ajoutés, sur une base forfaitaire par ETPT, des coûts de fonctionnement et des crédits d'investissement tels que définis par l'exécution 2018, la LFI 2019 et le PLF 2020.

Les ETPT correspondent principalement :

- à l'emploi des enquêteurs dans la lutte contre les infractions à la législation sur les stupéfiants (à partir d'une clé de répartition fondée sur la part des infractions relatives à la législation sur les stupéfiants dans la délinquance générale) ;
- à l'activité consacrée à la lutte contre les conduites addictives ;
- aux effectifs affectés dans des structures dédiées à la lutte contre les conduites addictives.

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

La gendarmerie nationale a pour mission d'assurer la paix et la sécurité publiques, sur près de 95 % du territoire national.

CONTRIBUTION DU PROGRAMME A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

La gendarmerie nationale est très attentive à assurer la sécurité et à préserver la santé physique et mentale au travail (SST) de l'ensemble de ses personnels sans préjudice des dispositions statuaires de chacun.

ACTIONS ET DÉPENSES CONTRIBUANT A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

En complément de l'action des services de médecine de prévention (service de santé des armées pour les personnels militaires et médecine de prévention du ministère de l'intérieur pour les personnels civils), le dispositif de prévention de la santé en interne est organisé autour de deux piliers principaux :

- la chaîne de prévention des risques professionnels intégrée à la chaîne de décision et de commandement est chargée, au sein des 51 formations administratives, de décliner localement la politique de prévention définit par le directeur général de la gendarmerie nationale, notamment lors de la tenue de la commission nationale de prévention qu'il préside ;
- les instances représentatives des personnels militaires et civils en SST auxquelles s'ajoute la chaîne de concertation pour les militaires.

Tous ces acteurs et, en premier lieu les personnels eux-mêmes, participent à la promotion de la prévention au sein de l'institution.

Si le pilotage de la prévention s'effectue au niveau de l'administration centrale avec la mise ne place en 2019 d'un coordonnateur national à la prévention auprès du directeur des personnels, de nombreuses actions sont conduites localement : actions de sensibilisation aux risques psycho-sociaux (RPS) dans les écoles, programmes de lutte contre les addictions, les troubles musculo-squelettiques (TMS), des formations aux techniques d'optimisation du potentiel et au secourisme.

Enfin, au sein de chaque formation administrative, une commission locale de prévention prend en charge la question des RPS et dans chaque région et outre-mer, des psychologues cliniciens sont en charge de l'accompagnement psychologique.

P207 SÉCURITÉ ET ÉDUCATION ROUTIÈRES

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé de l'action et total pour le programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
02 – Démarches interministérielles et communication	6 388 000	6 388 000	4 150 000	4 150 000	4 500 000	4 500 000
P207 – Sécurité et éducation routières	**6 388 000**	**6 388 000**	**4 150 000**	**4 150 000**	**4 500 000**	**4 500 000**

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme 207 « *Sécurité et éducation routières* » retrace l'action et les moyens mis en œuvre par le ministère de l'intérieur en matière de sécurité routière (communication nationale, éducation routière, actions locales et observation de l'insécurité routière) en complément des actions menées principalement par les programmes 152 « *Gendarmerie nationale* », 176 « *police nationale* » et 751 « S*tructures et dispositifs de sécurité routière* ». La finalité de ce programme est de lutter contre l'insécurité routière et de réduire ainsi le nombre de personnes tuées ou blessées sur les routes de France. Le programme 207 contribue à la politique de prévention au travers de ses actions contre la conduite sous l'emprise d'alcool et de produits stupéfiants

CONTRIBUTION DU PROGRAMME À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

En 2018, 3 248 personnes ont perdu la vie dans un accident de la route en France métropolitaine. Avec 200 décès de moins qu'en 2017, la mortalité routière a chuté de 5,8% après une année de stagnation (en 2017) et deux années d'augmentation (3,5 % en 2014 et 2,3 % en 2015).

Lors du Comité interministériel de la sécurité routière (CISR) réuni le 9 janvier 2018, le Gouvernement a confirmé son engagement pour sauver plus de vies sur nos routes en retenant notamment parmi les 18 mesures fortes, une plus grande sévérité pour les conduites addictives.

En effet, selon les résultats de l'étude ActuSAM (stupéfiants et accidents mortels) conduite en 2016 à l'appui des données de 2011, le risque d'être responsable d'un accident mortel est multiplié en moyenne par 117,8 chez les conducteurs alcoolisés, avec un effet dose marqué. Ce risque est multiplié par 6 entre 0,5 et 0,8 g/l, par 8 entre 0,8 et 1,2 g/l, par 24 entre 1,2 et 2 g/l et jusqu'à 44 au-delà de 2 g/l. Cette étude précise également qu'un conducteur testé positif au cannabis multiplie par 1,65 son risque d'être responsable d'un accident mortel. Le cannabis est le produit stupéfiant illicite le plus souvent détecté chez les personnes impliquées dans les accidents mortels et positives aux stupéfiants. La proportion d'accidents mortels qui serait évitée si aucun conducteur n'était positif au cannabis est estimée à 4,2 %.

En 2018, au moins 747 personnes ont été tuées dans un accident avec alcool. Elles représentent 30 % des personnes tuées dans les accidents avec alcool connu (donnée renseignée dans 76 % des accidents mortels), une part relativement stable depuis 2000. Extrapolé sur l'ensemble des accidents, il est estimé que 985 personnes ont été tuées en 2018 dans un accident avec un conducteur alcoolisé, contre 1 035 en 2017.

En 2018, au moins 5 398 accidents corporels impliquent un conducteur alcoolisé, c'est 14 % de l'ensemble des accidents dont l'alcoolémie est connue. Les accidents avec un conducteur alcoolisé sont nettement plus graves que les autres. 13 % des accidents avec alcool sont mortels contre 5 % pour ceux sans alcool.

L'alcool au volant concerne toutes les générations et particulièrement les personnes âgées de 18 à 34 ans.

Selon le mode de déplacement, les parts de conducteurs alcoolisés varient : 40 % des conducteurs de cyclomoteur impliqués dans un accident mortel sont alcoolisés, mais seuls 0,9 % des conducteurs de PL impliqués dans un accident mortel sont alcoolisés. 92 % des conducteurs alcoolisés impliqués dans un accident mortel sont des hommes contre 79 % pour les conducteurs non alcoolisés.

Le taux d'alcool est supérieur à 1,5 g/l pour 63 % des conducteurs alcoolisés impliqués dans un accident mortel et 54 % des conducteurs alcoolisés impliqués dans l'ensemble des accidents.

L'alcoolémie des piétons tués est connue pour trois cinquièmes d'entre eux. En 2018, sur les 271 piétons tués avec un taux d'alcoolémie connu, 66 ont un taux d'alcool supérieur à 0,5 g/l (soit 24 % d'entre eux). Pour 34 d'entre eux, il est supérieur à 2 g/l. 50 des 66 piétons alcoolisés tués l'ont été hors agglomération, soit 3 sur 4 contre 1 sur 4 pour les piétons non alcoolisés.

Au moins 983 personnes ont été tuées dans un accident impliquant un conducteur sous l'emprise d'une substance psychoactive, alcool ou stupéfiants, soit 43,5 % des personnes tuées dans un accident avec alcool/stupéfiants connus. Extrapolé sur l'ensemble des accidents, on estime que 1 414 personnes ont été tuées en 2018 dans un accident impliquant un conducteur sous influence, 1 543 en 2017. La moitié des conducteurs concernés sont seulement alcoolisés, un quart seulement sous l'emprise de stupéfiants et un quart cumule les deux. Ces parts varient en fonction de l''âge : la part de l'alcool seul passe de 38 % pour les 25-34 ans, à 45 % pour les 35-44 ans et à 70 % pour les 45-64 ans. A l'inverse, la part des conducteurs cumulant les deux est respectivement de 36 %, 27 % et 12 %.

En 2018, au minimum 502 personnes ont été tuées dans un accident avec stupéfiants. Elles représentent 23 % des personnes tuées dans les accidents mortels au résultat de test connu. Extrapolé sur l'ensemble des accidents, il est estimé que 749 personnes ont été tuées en 2018 dans un accident impliquant un conducteur sous l'emprise de stupéfiants, contre 778 en 2017.

Parmi les 448 conducteurs positifs aux stupéfiants impliqués dans un accident mortel en 2018, la moitié (239) présente également un taux d'alcool supérieur à 0,5 g/l. Une proportion similaire est également constatée dans les accidents corporels. Dans les accidents mortels, la proportion de conducteurs alcoolisés parmi ceux positifs aux stupéfiants atteint :

- 54 % pour les conducteurs âgés de 18 à 24 ans ;
- 61 % pour les conducteurs âgés de 25 à 34 ans ;
- 52 % pour les conducteurs âgés de 35 à 44 ans ;
- 60 % pour les conducteurs de véhicules de tourisme quel que soit l'âge.

Parmi les 645 conducteurs alcoolisés impliqués dans les accidents mortels et dont le résultat du test aux stupéfiants est connu, 37 % sont également positifs à au moins un stupéfiant.

Dans les accidents mortels, 13 % des conducteurs contrôlés sont positifs aux stupéfiants. Cette proportion varie selon le mode de transport : elle est de 33 % pour les cyclomotoristes, 13 % pour les automobilistes et 4 % pour les conducteurs de poids lourds.

Les conducteurs contrôlés positifs aux stupéfiants dans les accidents mortels sont :

- à 63 % des conducteurs de véhicule de tourisme et à 20 % des conducteurs de motocyclette,
- à 91 % des hommes,
- à 28 % âgés de 18 à 24 ans, à 33 % de 25 à 34 ans, et à 23 % de 35 à 44 ans.

Parmi les 18-24 ans, 22 % des conducteurs contrôlés dans les accidents mortels sont positifs. Cette proportion est équivalente pour les 25-34 ans (23 %) et baisse fortement à partir de 45 ans (6 % pour les 45-64 ans).

Une analyse sur les accidents mortels de 2011 où l'information sur les stupéfiants était présente a montré que sur les 12 % d'usagers contrôlés positifs, 80 % l'étaient au cannabis, généralement seul. La moitié des usagers contrôlés positifs aux stupéfiants avait entre 20 et 29 ans.

En 2018, 37 piétons tués sur les 215 piétons contrôlés sont positifs aux stupéfiants. 20 de ces piétons tués sont âgés de 18 à 34 ans.

ACTIONS ET DEPENSES CONTRIBUANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Pour lutter contre la conduite sous l'emprise d'alcool et de produits stupéfiants, le programme 207 « Sécurité et éducation routières" organise des campagnes de communication notamment auprès des jeunes sur les multiples risques routiers (alcool, fatigue, drogue, vitesse et risques multi-factoriels). Ces campagnes sont menées aux niveaux national et territorial dans le cadre des plans départementaux d'actions de sécurité routière (PDASR).

La sécurité routière lance régulièrement des campagnes contre l'alcool au volant.

Ces campagnes se décomposent en deux volets :

- un volet grand public, destiné à l'ensemble de la population, pour prévenir ce risque qui constitue une des premières causes de mortalité sur la route. Ces campagnes sont particulièrement importantes en fin d'année, pendant les fêtes de Noël et du nouvel an. Depuis quelques années, elles se concrétisent notamment par un partenariat avec les plus importantes chaînes de télévision et stations de radio, qui font intervenir leurs animateurs pour porter le message « quand on tient à quelqu'un, on le retient » ;
- un volet en direction des jeunes, pour qui la mortalité sur la route due à une consommation excessive d'alcool (parfois en combinaison avec la drogue) constitue un problème majeur. Ces campagnes signées « Sam, celui qui conduit c'est celui qui ne boit pas », incitent les jeunes à désigner un conducteur sobre qui pourra les ramener en toute sécurité après leurs soirées. Elles se déclinent de différentes façons et passent toujours par des vecteurs populaires chez les jeunes : communication sur les festivals de musique en été, partenariats avec des radios jeunes l'été et pendant les fêtes de fin d'année (NRJ, Skyrock et Fun radio), tournées des plages ou des discothèques avec les radios, internet et réseaux sociaux.

Par ailleurs, le programme 207 contribue à la réalisation d'études visant à améliorer la connaissance des liens entre l'usage de substances psychoactives (alcool et stupéfiants) et la survenance et la gravité de l'accident. L'étude ActuSAM [1] menée par l'Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux (IFSTTAR) s'est achevée en octobre 2016.

Actualisant les principaux résultats de l'étude SAM, cette étude a permis de réévaluer le risque d'être responsable d'un accident mortel chez les conducteurs alcoolisés et de quantifier le sur-risque attaché à une conduite sous l'emprise du cannabis.

Pour évaluer les résultats et coûts des politiques de prévention en matière d'alcool, la France participe à un projet de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), rassemblant 35 pays, qui vise à développer, au moyen d'un modèle mathématique élaboré, une plateforme intégrée d'aide à la décision. Les bases de données constituées à partir de données micro-économiques permettront de mener des évaluations tant sanitaires (décès, maladies, répercussions familiales) qu'économiques (frais d'hospitalisation, perte salariale, etc.). Cet outil pourra être utilisé à l'issue de l'achèvement des travaux mi-2019.

L'accident et la gravité de ses conséquences s'expliquent par une combinaison de facteurs liés aux comportements à risque, la conduite sous l'influence d'alcool ou de stupéfiants constitue un axe fort de la stratégie d'études et de recherches de la direction de la sécurité routière (DSR) 2018-2022. Retenu dans le cadre de la première session d'appel à projets de la DSR, le projet Vélivr', porté par l'IFSTTAR et l'université technique nationale d'Athènes établira un état des lieux en France de la pratique du cyclisme en état d'ébriété et comparera les dispositifs de lutte contre cette pratique dans les différents pays.

Parmi les 26 mesures annoncées par le ministre de l'intérieur en janvier 2015 figure la baisse du taux d'alcoolémie légale à 0,2 g/l sang (0,1 mg/l d'air expiré) pour les conducteurs titulaires d'un permis probatoire ou en situation d'apprentissage. La mesure est effective depuis le 1er juillet 2015. En outre, les 3 000 médecins agréés du permis de conduire sont formés au repérage précoce et à l'intervention brève pour les addictions (alcool et stupéfiants). Des outils adaptés ont été mis à disposition de ces médecins par les préfectures.

En lien avec la Mission interministérielle de la lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), une expérimentation a été menée pour remplacer les prélèvements sanguins de confirmation de conduite après usage de stupéfiants par des kits de prélèvement salivaires.

Cette expérimentation se révélant concluante, ce nouveau dispositif de contrôle a été acté dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de système de santé et dans différents textes réglementaires publiés au cours du second semestre de l'année 2016. Cette mesure s'inscrit dans le cadre du plan d'urgence de 26 mesures pour la sécurité routière présenté le 26 janvier 2015 par le ministre de l'Intérieur et confirmée lors du Comité interministériel de sécurité routière (CISR) du 2 octobre 2015 (mesure n° 8). La généralisation du prélèvement salivaire, engagée au premier semestre de l'année 2017 est effective en 2018 et permet ainsi, en allégeant le travail des forces de l'ordre, d'augmenter le nombre de contrôles des conduites après usage de stupéfiants.

Lors de sa mandature 2012-2015, le Conseil national de la sécurité routière (CNSR) a proposé la mise en place d'éthylotests anti-démarrage (EAD) sur proposition des médecins agréés de commission. Le Premier ministre a annoncé, lors du CISR du 2 octobre 2015, la mise en place d'une phase de préfiguration dans trois départements (mesure 7 b). La mise en place, pour 3 ans à compter de février 2017, de la mesure de suivi médico-psycho-éducatif dans les départements de la Drôme, de la Marne et du Nord a été confiée à l'Association nationale de la prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA). L'évaluation de la préfiguration a été confiée à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

La préfiguration a été étendue à un quatrième département, le Finistère, en décembre 2017. Après cette phase de préfiguration concluante, la mesure a été généralisée le 1er janvier 2019 à l'ensemble des départements français, avec la mise à disposition d'outils réalisés dans le cadre de la préfiguration pour les préfectures, les médecins et les services d'addictologie qui réaliseront le suivi médico-psychologique.

Depuis son renouvellement en 2017, le CNSR est désormais composé d'une commission « *Conduite et état de santé* » pour proposer des mesures en faveur de la réduction de la mortalité due aux addictions (alcool et stupéfiants).

Le CISR du 19 janvier 2018 a prévu la mesure 11 qui regroupe différentes actions afin d'inciter les usagers de la route à l'auto-évaluation de leur taux d'alcool ou de favoriser l'usage de l'éthylotest anti-démarrage (EAD) dans deux cas : EAD en cas de réitération de conduite en état alcoolique avec suivi médico psychologique et EAD pour certains conducteurs dont le permis aurait été suspendu par décision préfectorale en raison d'une alcoolémie supérieure à 0,8 g/l de sang (0,4 mg/l d'air expiré).

Cette dernière disposition a conduit à une expérimentation au sein de sept départements de septembre 2018 à janvier 2019. A l'issue de cette expérimentation, il a été décidé en février 2019 d'étendre à tout le territoire la possibilité pour les préfets d'autoriser la conduite sous réserve d'utiliser un véhicule équipé d'un EAD en lieu et place de la suspension du permis de conduire.

En l'espace de 4 mois, près de 1 000 arrêtés de restriction du droit de conduire avec EAD ont été délivrés par les préfets.

[1] Convention tripartite DSCR-IFSTTAR-CEESAR n° 2200868646 – Actualisation des principaux résultats de l'étude SAM (Stupéfiants et Accidents Mortels – ActuSAM)

P176 POLICE NATIONALE

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé du programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
P176 – Police nationale	**1 014 950 703**	**1 003 274 203**	**1 091 688 546**	**1 079 909 583**	**1 060 075 618**	**1 054 488 812**

Précisions relatives à l'évaluation des crédits :

Les crédits dédiés à la politique transversale par le programme 176 correspondent :

- à la part de l'action n°2 dédiée à la répression des atteintes à l'hygiène et à la salubrité ;
- aux emplois et aux crédits de fonctionnement engagés dans le cadre de la politique transversale de lutte contre les drogues et les conduites addictives, suivant la méthodologie exposée dans le DPT dédié. Cette valorisation comprend les conventions de service passées depuis 2017 entre l'État et des associations de médecins afin de faire réaliser les examens médicaux des personnes majeures auteurs d'ivresses publiques et manifestes (IPM) dans les locaux des commissariats et hôtels de police. Ce dispositif permet d'éviter une mobilisation des effectifs de police pour accompagner les contrevenants aux services d'urgences des hôpitaux et réaliser l'examen médical obligatoire ;
- aux emplois et aux crédits de fonctionnement engagés dans le cadre de la politique transversale de sécurité routière.

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

La Police nationale a pour mission d'assurer la sécurité des personnes et des biens en tout lieu et en tout temps. Elle contribue de manière substantielle à la politique de prévention en santé dans le cadre :

- de la répression des atteintes à la santé publique ;
- de la lutte contre les trafics de produits stupéfiants et les conduites addictives ;
- de ses missions de sécurité routière.

CONTRIBUTION DU PROGRAMME A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

- **La lutte contre les atteintes à la santé publique**

La police nationale apporte son appui aux services de contrôle spécialisés (autorités sanitaires et de répression des fraudes) dans le cadre de la répression des délits définis par le code pénal en matière d'hygiène et de santé publique (obstacles ou entraves aux fonctions des agents en charge des contrôles, inexécution de mesures administratives, violation de la réglementation relative aux médicaments ou aux denrées alimentaires, falsifications, etc.).

En 2018, les 346 atteintes à l'hygiène et à la salubrité traitées par les services de police ont représenté 0,01 % de l'ensemble des infractions.

- **La lutte contre les drogues et les conduites addictives**

La police nationale représente l'acteur principal de la lutte contre les trafics et l'usage de produits stupéfiants. En regard de l'activité judiciaire générale (tous services et unités de police et gendarmerie confondus), la police nationale a traité en 2018 :

⇒ 67 % des faits d'usage (résultat stable par rapport à 2017), soit 122 697 faits ;

⇒ 72 % des faits d'usage-revente (pour 71 % en 2017), soit 18 322 faits ;

⇒ 87 % des démantèlements de réseaux de trafic de stupéfiants (pour 85 % en 2017).

Le niveau de sollicitation des services de police dans ce domaine a progressé de manière continue au cours des quatre années précédentes :

Année	Faits constatés	Variation N/N-1
2014	18 218	
2015	20 140	+10,6%
2016	22 014	+8,5 %
2017	25 810	+17 %
2018	28 516[Auteur in1]	+10,50 %

Cumul des index 55 (trafics et revente), 56 (usages et revente) et 58 (autres infractions à la législation sur les stupéfiants – ex : provocation à l'usage), à l'exclusion de l'index 57 (usages simples)

Au cours du premier semestre 2019 les services de police ont constaté un fléchissement du nombre global des infractions à la législation sur les stupéfiants avec -6 % de faits constatés et -7 % de mis en cause, notamment pour les usages (-8 % de faits constatés et -9 % de mis en cause). L'évolution est inverse pour les faits de trafics, qui progressent de 6 % à l'instar des mis en cause.

Au-delà de la répression des faits d'usage simple de produits stupéfiants, qui représentent près de 80 % des infractions à la législation sur les stupéfiants au cours du premier semestre 2019, la lutte contre la revente et les trafics de stupéfiants mobilise essentiellement :

- les unités de voie publique et unités spécialisées de sécurité publique en matière d'investigation judiciaire (sûretés départementales, sûretés urbaines, groupes d'enquêtes criminalistiques, brigades cynophiles) ;
- les services de la direction centrale de la police judiciaire (DPCJ), et plus particulièrement de l'office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), spécialisé dans l'identification et le démantèlement des réseaux criminels ;
- la direction de la coopération internationale, autour des actions de coopération technique menées avec les services des pays partenaires.

En 2018, 10 397 faits de trafics ont été traités par les services de police, soit une progression de 15 % environ par rapport à l'année 2017.

Si la douane, compte tenu des missions qui lui sont confiées, est à l'origine de la plus grande part des saisies de produits stupéfiants, les services de la police nationale ont pour autant été à l'origine, en 2018, de près de 21 % des saisies de cocaïne (soit 3,3 tonnes), 35 % des saisies de cannabis (40,3 tonnes), 33 % des saisies d'héroïne (369 kg), 28 % saisies de MDMA (506 934 comprimés) et 21 % des saisies d'amphétamines et métamphétamines (49 kg) opérées par l'ensemble des forces de sécurité de l'État. Au-delà de ces saisies, les services de la police nationale ont géré la majorité des procédures judiciaires menées à l'encontre des trafiquants à l'issue des saisies douanières.

Bien que le volet répressif représente l'essentiel des activités de la police nationale dans le cadre des infractions à la législation sur les stupéfiants, la prévention constitue elle aussi un axe majeur de la lutte contre les conduites addictives. Les policiers formateurs anti-drogues (PFAD) en sont le maillon essentiel.

Fondée avant tout sur le développement des compétences psycho-sociales, l'action des PFAD consiste à informer et à sensibiliser le public sur les toxicomanies (drogues, alcool, médicaments) ainsi qu'à replacer leur consommation dans le contexte plus général des conduites d'addiction à risques. Cette action s'étend également, depuis 2017, à la prévention de l'emprise mentale et des dangers liés à l'utilisation de l'Internet.

En 2019, le dispositif regroupe 178 PFAD au sein de la sécurité publique, 45 à la préfecture de police de Paris, ainsi que 8 au sein de la DCPJ. Les PFAD de la sécurité publique ont sensibilisé 562 310 personnes en 2018 et 146 530 personnes au premier semestre 2019. Les PFAD affectés à la préfecture de police de Paris ont pour leur part réalisé 6 782 actions en milieux scolaires (année scolaire 2017/2018) auprès de 202 205 élèves sur la thématique spécifique de prévention des drogues et de la toxicomanie.

Essentiellement réalisées en milieu scolaire, éducatif et universitaire, ces interventions sont également menées au bénéfice de professionnels (fonctionnaires ou salariés du secteur privé, œuvrant notamment dans des domaines où les addictions sont susceptibles de mise en danger de la vie d'autrui, tels que le secteur du transport aux personnes). Les PFAD de la DCPJ ont notamment conduit plusieurs actions à destination de l'école de sages-femmes et de la faculté de médecine de Lyon.

- **La sécurité routière**

Cette mission comprend :

♦ **la police administrative de la route** et les missions de police judiciaire liées à la répression des infractions et au traitement des accidents routiers ;

♦ **les actions de communication et d'information** à destination des usagers de la route et des futurs conducteurs (scolaires). Elle mobilise à titre principal les effectifs de la sécurité publique, les unités autoroutières et les unités motocyclistes spécialisées de la direction centrale des compagnies républicaines de sécurité (CRS) et les services de la préfecture de police ; elle se traduit par :

⇒ **la prévention et l'information routière**, qui porte sur les actions d'information routière auprès du public (établissements scolaires, entreprises propriétaires de flottes) et les campagnes de prévention sur les dangers de la route et de sensibilisation des usagers (quinzaines de la sécurité routière, notamment en Île-de-France, présence aux forums et salons). Ces actions ont pour finalité d'améliorer le civisme routier et le respect des règles.

⇒ **la surveillance, le contrôle et la régulation**, qui concernent les interventions consécutives à des accidents de la route et les contrôles routiers (vitesse, alcoolémie, conduite sous l'emprise de stupéfiants, port de la ceinture, téléphones portables).

L'action répressive des services de police est axée sur les priorités nationales (alcool, produits stupéfiants, vitesse), qu'il s'agisse de contrôles réalisés d'initiative par les services locaux ou d'opérations coordonnées de plus grande envergure.

Au cours de l'année 2018, les contrôles effectués dans ce domaine par la police nationale ont permis de réaliser 857 340 dépistages, soit :

- pour la sécurité publique : 31 618 dépistages de stupéfiants (+ 25 %) pour 11 901 infractions révélées (+ 35 % par rapport à 2017) ; 52 853 infractions pour conduite sous l'emprise de l'alcool ont par ailleurs été enregistrées (contre 51 023 en 2017) sur les 653 720 dépistages effectués en 2018 ;
- pour les unités spécialisées des CRS : 8 451 dépistages de stupéfiants (+23 % par rapport à 2017) pour 711 infractions révélées (+ 44 %), ainsi que 2 859 infractions d'alcoolémie révélées (- 8%) pour 89 979 contrôles réalisés (- 5%) ;
- pour la préfecture de police : 21 978 dépistages de stupéfiants (+8 %) ont été réalisés sur l'agglomération parisienne pour 4 154 délits relevés, soit +22,6 % par rapport à l'année précédente. Par ailleurs, 8 361 infractions d'alcoolémie ont été révélées (-3,8%) pour 51 594 contrôles (+4,3%).

P107 ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé de l'action et total pour le programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
02 – Accueil et accompagnement des personnes placées sous main de justice			3 600 748	3 600 748	3 658 052	3 658 052
P107 – Administration pénitentiaire			**3 600 748**	**3 600 748**	**3 658 052**	**3 658 052**

EVALUATION DES CRÉDITS CONSACRÉS À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Les crédits contribuant à la politique transversale de la prévention en santé sont imputés sur trois actions :

- action 1 « *Garde et contrôle des personnes placées sous main de justice* » ;
- action 2 « *Accueil et accompagnement des personnes placées sous main de justice* » ;
- action 4 « *Soutien et formation* ».

Pour des raisons de conception du cadre analytique, l'administration pénitentiaire n'est pas en mesure d'isoler le coût de sa contribution à la mise en œuvre de la politique de prévention en santé en matière de projet d'investissement, de dispositifs de réinsertion et de formation des personnels.

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Le programme 107 « *Administration pénitentiaire* » est l'un des six programmes de la mission justice.

Sous l'autorité du Garde des Sceaux, ministre de la Justice, et avec le concours des autres services de l'Etat, des collectivités territoriales, des associations et d'autres personnes publiques ou privées, la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) assure le service public pénitentiaire ; à ce titre, elle participe à l'exécution des décisions pénales, elle contribue à l'insertion ou à la réinsertion des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire, à la prévention de la récidive et à la sécurité publique dans le respect des intérêts de la société, des droits des victimes et des droits des personnes détenues.

Elle est l'une des cinq directions du ministère de la Justice. En 2019, le budget annuel s'élève à 3,7 Md€, dont près de 1,2 Md€ hors titre 2. Le plafond d'autorisation d'emplois demandé au titre de l'exercice 2019 est de 41 514 agents.

Outre l'administration centrale, 187 établissements pénitentiaires et une centaine de services pénitentiaires d'insertion et de probation constituent les services déconcentrés, répartis en dix directions interrégionales ; elle compte en outre deux services à compétence nationale (service national du renseignement pénitentiaire et l'agence du travail d'intérêt général et l'insertion professionnelle des personnes placées sous main de justice), la régie industrielle des établissements pénitentiaires (RIEP) et une école de formation - Ecole nationale d'administration pénitentiaire (ENAP). Elle prend en charge près de 250 000 personnes, dont environ 165 000 en milieu ouvert et près de 82 000 sous écrou.

CONTRIBUTION DU PROGRAMME A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

La prise en charge et la continuité des soins délivrés aux personnes détenues relèvent du ministère en charge de la Santé depuis la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Néanmoins une partie du coût de cette prise en charge reste à la charge de l'administration pénitentiaire, notamment les dépenses de fonctionnement des unités sanitaires en milieu pénitentiaire.

Par ailleurs, la DAP mène une politique volontariste de création d'environnements favorables à la promotion de la santé. Ainsi, les établissements pénitentiaires sont dotés d'un grand nombre d'infrastructures sportives, de salle d'activités, et d'espaces verts propices à la prévention de la santé.

- **ACTIONS ET DÉPENSES CONTRIBUANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE**

La prise en charge et la continuité des soins délivrés aux personnes détenues relèvent du ministère en charge de la Santé depuis la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Néanmoins une partie du coût de cette prise en charge reste à la charge de l'administration pénitentiaire, notamment les dépenses de fonctionnement des unités sanitaires en milieu pénitentiaire.

Considérant que la promotion de la santé en milieu pénitentiaire doit mobiliser l'ensemble des acteurs, la DAP, en lien avec le ministère des Solidarités et de la Santé, a souhaité renforcer la politique de prévention de la santé. Ainsi, plusieurs dispositifs de communication et d'outils ont été mis en place.

Afin de s'inscrire dans l'esprit des 5 axes de la charte d'Ottawa [1], la DAP a développé une stratégie santé en direction des personnes placées sous main de justice. Cette stratégie publiée en avril 2017, contient un axe 2 dédié au développement de la promotion de la santé.
Elle est portée conjointement avec les professionnels du ministère des Solidarités et de la Santé et se décline dans une feuille de route santé 2019-2022, signée par les deux ministères le 2 juillet 2019. La finalité de cette feuille de route est de mettre en place plusieurs mesures visant à renforcer les projets visant à promouvoir la santé en milieu pénitentiaire.

Par ailleurs, depuis la rentrée scolaire 2018, les établissements pénitentiaires et services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) accueillent, dans le cadre du service sanitaire, des étudiants en santé. Ces étudiants ont mené plusieurs séances d'éducation à la santé sur des sujets tels que l'hygiène, l'alimentation, la réduction des risques et des dommages ou encore les activités sportives.

Parallèlement, l'administration pénitentiaire contribue au déploiement de la politique de lutte contre les drogues et la toxicomanie en milieu fermé et en milieu ouvert.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de réinsertion menée par la DAP et pour répondre à l'objectif fixé par le gouvernement, pratiquer 5 heures d'activité par jour et par personne, les personnes détenues ont accès à des activités sportives, culturelles et citoyennes. En 2019, plusieurs grands événements ont ainsi été organisés en détention (l'organisation du grand débat, Sidaction et « Sentez-vous sport »).

Enfin, en 2019, la DAP, a lancé un appel à projet « *promotion de la santé en milieu pénitentiaire* ». Cet appel à projet a permis de financer douze projets sur l'ensemble du territoire pour un montant global de 73 344 €. Des projets concernant la mise en place d'un Nutriscore sur les produits cantinables, la généralisation de la semaine du goût ou encore la mise en place de théâtre forum sur des sujets de santé ont ainsi pu voir le jour. Et un colloque dédié à la promotion de la santé en milieu pénitentiaire sera également organisé le 20 septembre 2019. Ce colloque est financé par la DAP pour un montant de 10 K€.

- PRINCIPALES RÉALISATIONS EN MATIÈRE DE DÉPENSES D'INVESTISSEMENT

La DAP mène une politique volontariste de création d'environnements favorables à la promotion de la santé. Ainsi, les établissements pénitentiaires sont dotés d'un grand nombre d'infrastructures sportives, de salle d'activités, et d'espaces verts propices à la prévention de la santé.

Dans la continuité des actions menées, le futur programme immobilier pénitentiaire "15 000" prévoit la construction de plus de 2 000 places en structures d'accompagnement à la sortie (SAS). Ces structures, qui comprennent entre 90 et 180 places chacune, accueilleront les personnes détenues dont la peine ou le reliquat de peine est inférieur à un an. Elles disposeront toutes d'une unité sanitaire pour garantir la continuité de la prise en charge sanitaire et assurer la préparation à la sortie.

Afin de permettre aux personnels de santé d'assurer efficacement leurs missions d'action de prévention, de diagnostic et de soins, l'unité sanitaire conçue dans chaque établissement répond aux exigences du guide méthodologique de « *prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice* ».

Par ailleurs, dans le cadre de la réinsertion active des personnes détenues, le pôle d'insertion et de prévention de la récidive (PIPR) dispose de locaux et d'outils permettant la mise en œuvre de plusieurs actions :

- le maintien du lien familial ;
- la parentalité ;
- la recherche d'emploi et de logement ;
- les programmes de prévention de la récidive qui regroupent des détenus de différentes unités.

Ces locaux se composent de salles de cours dont certaines informatisées, de salles d'activités, d'une salle de création visuelle, d'une salle de spectacle et d'une bibliothèque participant largement à la santé physique et psychologique des personnes détenues.

ACTIONS ET DÉPENSES CONTRIBUANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

De nombreuses dépenses d'investissement, de fonctionnement et de personnels sont liées aux actions de promotion de la santé. A ce stade, l'administration pénitentiaire n'est pas en mesure d'isoler de manière fiable les dépenses afférentes à cette politique.

[1]- élaborer des politiques favorables à la santé en détention (dans les domaines aussi variés que l'hébergement, l'hygiène, la nutrition…) ;
- créer des environnements favorables, relationnels comme physiques ;
- renforcer la capacité d'agir et la participation effective des personnes ;
- permettre aux personnes d'acquérir des aptitudes individuelles, et notamment des compétences psychosociales ;
- orienter au mieux les services de santé et en améliorer l'accès pour répondre aux besoins spécifiques des personnes

P166 JUSTICE JUDICIAIRE

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé du programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
02 – Conduite de la politique pénale et jugement des affaires pénales	146 274 746	146 274 746	147 161 135	147 161 135	144 644 635	144 644 635

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Le programme « Justice judiciaire », dont le responsable est le directeur des services judiciaires (DSJ), regroupe l'ensemble des juridictions de l'ordre judiciaire : deux services à compétence nationale (le casier judiciaire, l'école nationale des greffes) et l'école nationale de la magistrature (ENM).

CONTRIBUTION DU PROGRAMME A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

L'action 2 « *conduite de la politique pénale et jugement des affaires pénales* » couvre les moyens humains et budgétaires permettant aux services judiciaires de rendre la justice en matière pénale. Cette action coordonnée par la direction des affaires criminelles et des grâces (DACG), concourt notamment à la politique de prévention en santé.

ACTIONS ET DÉPENSES CONTRIBUANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

- **Lutte contre l'alcoolisme**

La dépêche de la DACG du 1er février 2012 relative aux mesures de lutte contre la consommation d'alcool chez les mineurs pointe une triple interdiction : interdiction de vente d'alcool aux mineurs, interdiction de recevoir des mineurs sur les lieux de vente d'alcool et interdiction de la pratique des « *open bars* ».

Elle rappelle que la réponse pénale doit être systématique, rapide et adaptée dans une logique aussi bien pédagogique que répressive. Les parquets sont ainsi invités à requérir les peines complémentaires d'interdiction à titre temporaire d'exercer les droits attachés à une licence de débit de boissons à consommer sur place ou à emporter pour une durée d'un an au plus.

Condamnations délictuelles	2013	2014	2015	2016	2017*
Lutte contre la consommation des mineurs	47	42	31	25	23
Publicités interdites	1	1	1		
Infractions à la réglementation de la vente d'alcool	12	21	14	9	12

*Source : Casier judiciaire national - Traitement DACG-PEPP *2017 : données provisoires*

Infractions contraventionnelles ayant fait l'objet d'une décision de culpabilité devant les tribunaux de police et les juges de proximité	2016	2017
Ivresse publique de personnes mineures	280	215
Vente d'alcool	371	370
Apposition d'affiches sur la protection des mineurs	293	231

Source : Infocentre Minos, traitement DACG-PEPP

La peine d'interdiction d'exploiter un débit de boissons a été prononcée 11 fois en 2014, 5 en 2015, 16 en 2016 et 22 en 2017.

La loi de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice du 23 mars 2019 étend la procédure de l'amende forfaitaire délictuelle notamment aux délits de vente d'alcool dans un débit temporaire et de vente d'alcool à des mineurs. L'objectif est de renforcer les taux de poursuites dans ces domaines et de créer les conditions du respect effectif de la législation en vigueur. Cette procédure vise à permettre une application plus rapide et systématique des pénalités financières aux vendeurs et de prévenir ainsi plus efficacement la réitération de ces comportements nocifs pour la santé des mineurs.

- **Lutte contre le tabagisme**

La DACG participe à la mise en œuvre du plan national de lutte contre le tabac 2018-2022 et notamment, en co-pilotage avec la MILDECA, à sensibiliser les parquets généraux pour favoriser une politique pénale adaptée concernant la vente de tabac aux mineurs, ainsi qu'à un groupe de travail chargé de proposer les modalités de réalisation d'un plan de lutte contre le commerce illicite de tabac.

Entre 2004 et juin 2019, 92 dossiers de contrebande de tabac ont été ouverts dans les juridictions interrégionales spécialisées (JIRS), et 11 sont toujours en cours. Ils sont principalement initiés par les douanes et comprennent pour 1/5ème d'entre eux environ une dimension internationale.

Condamnations délictuelles	2013	2014	2015	2016	2017*
Fraude douanière		25	131	174	237
Fraude fiscale	13	20	35	79	112
Autres délits fiscaux (Fabrication, importation, vente)		2	4	1	5

*Source : Casier judiciaire national - Traitement DACG-PEPP *2017 : données provisoires*

Infractions contraventionnelles ayant fait l'objet d'une décision de culpabilité devant les tribunaux de police et les juges de proximité	2016	2017
Infractions prévues par le code de la santé publique (vente de tabac à un mineur)	37	15

Source : Infocentre Minos, traitement DACG-PEPP

- **Lutte contre l'habitat indigne**

La circulaire commune du ministère de la justice et du ministère du logement du 8 février 2019 rappelle que la lutte contre l'habitat indigne s'articule notamment autour d'actions de prévention de ces situations. Elle incite pour ce faire à la mise en place de pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne permettant une meilleure identification des besoins et actions à mener. Elle sollicite également l'établissement de plans départementaux pluriannuels exposant les actions prioritaires et déclinant les objectifs annuels, en tenant compte des plans lancés au niveau national qui contribuent à l'amélioration de l'habitat.

Condamnations délictuelles	2013	2014	2015	2016	2017*
Code de la construction et de l'habitation (L.111-6-1, L.123-3, L.123-4, L.511-6, L.521-4)	18	21	21	21	10
Code de la santé publique (L.1337-4)	24	31	31	30	29
Code pénal (225-14 et 225-15)	48	54	44	48	36
Total	**90**	**106**	**96**	**99**	**75**

*Source : Casier judiciaire national - Traitement DACG-PEPP *2017 : données provisoires*

- **Lutte contre les conduites addictives dans le cadre des procédures judiciaires**

Depuis 2017, la DACG est membre de l'équipe projet en charge du suivi de la stratégie de santé pour les personnes placées sous main de justice. A ce titre, elle participe aux réunions de coordination et d'orientation des travaux menés dans ce cadre, à la mise à jour du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, elle dirige un groupe de travail interministériel sur les soins en lien avec l'infraction commise et participe au groupe de travail sur le partage d'informations entre professionnels judiciaires et médicaux.

La DACG mène également depuis 2018 une action destinée à favoriser le développement d'un dispositif innovant visant à lutter plus efficacement contre la récidive : il consiste à proposer à des prévenus multirécidivistes ou multiréitérants, souffrant d'addictions (stupéfiants et alcool), un suivi intensif dans l'attente de leur jugement devant le tribunal correctionnel. Il est proposé par le procureur de la République dès le stade des poursuites, dans le cadre du déferrement du prévenu, sans attendre le prononcé d'une mesure impliquant une obligation de soins.

Ce dispositif, soumis à l'accord du prévenu, et conçu comme une alternative possible à l'incarcération, repose sur une prise en charge pluridisciplinaire et sur un partenariat fort de la Justice et de la Santé, notamment par l'intervention d'un coordonnateur (infirmier du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, ou membre d'une association de suivi du contrôle judiciaire) et du procureur de la République.

Après un diagnostic complet des besoins du prévenu, celui-ci fait l'objet d'un suivi sanitaire et social piloté par le coordonnateur, qui assure des bilans réguliers avec lui par le biais de rencontres hebdomadaires. L'accompagnement consiste également en des rencontres bimensuelles du prévenu avec le procureur de la République, en présence du coordonnateur et dans le cadre d'un entretien motivationnel. Le suivi dure jusqu'à la date d'audience, soit sur une période d'environ 6 mois.

A partir de quelques dispositifs existants, la DACG a sélectionné six parquets candidats (représentant les quatre groupes de juridictions et l'outre-mer), pour accompagner la structuration et le suivi du projet sur leur ressort, dans le cadre d'un financement de cette action par la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Une restitution finale est prévue en novembre 2019 avec les directions et partenaires associatifs concernés,

ainsi que l'ensemble des juridictions sélectionnées. A cette occasion sera diffusé un guide méthodologique rédigé par la DACG, en vue de la généralisation du dispositif.

P182 PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé de l'action et total pour le programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
01 – Mise en oeuvre des décisions judiciaires	42 350 000	42 350 000	47 830 000	47 830 000	47 830 000	47 830 000
P182 – Protection judiciaire de la jeunesse	**42 350 000**	**42 350 000**	**47 830 000**	**47 830 000**	**47 830 000**	**47 830 000**

PRÉSENTATION GLOBALE DU PROGRAMME

La direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) est chargée au sein du ministère de la justice de l'ensemble des questions intéressant la justice des mineurs [1] et de la concertation avec les acteurs de la justice et les institutions partenaires.

En liaison avec les directions compétentes, elle en conçoit les normes et les cadres d'organisation. Depuis le décret du 25 avril 2017 [2], elle anime et contrôle l'action du ministère public en matière de protection de l'enfance.

Elle garantit et assure, directement ou par les associations qu'elle habilite et finance, d'une part, la prise en charge des mineurs et jeunes majeurs qui lui sont confiés par les magistrats et, d'autre part, une aide aux décisions de l'autorité judiciaire en matière civile et pénale. Elle contrôle et évalue l'ensemble des structures publiques et associatives accueillant les mineurs sous mandat judiciaire.

Les moyens alloués à la DPJJ sont employés dans le souci d'une amélioration continue de la qualité de l'action menée en veillant notamment à l'insertion sociale des jeunes confiés par l'autorité judiciaire.

La DPJJ dispose, au 31 mars 2019, d'établissements et de services [3] :

- 221 en gestion directe relevant du secteur public (SP) ;
- 998 habilités et contrôlés par le ministère de la justice (dont 249 financés exclusivement par l'État), relevant du secteur associatif (SAH).

La DPJJ pilote la politique publique transversale « justice des mineurs » et, dans un cadre interministériel, veille à ce que les politiques publiques à destination des jeunes prennent en compte les besoins du public qui lui est confié.

La DPJJ se donne pour ambition de garantir la continuité du parcours éducatif de chaque jeune pris en charge [4], en renforçant l'individualisation de son projet au regard de ses besoins évalués et identifiés avec la nécessaire adaptabilité des organisations mises en places par les structures éducatives.

Elle positionne le service intervenant dans l'environnement naturel du mineur (service de milieu ouvert) comme garant de la cohérence de l'intervention éducative et affirme le nécessaire travail d'articulation entre les différents intervenants au bénéfice des jeunes confiés. Elle affirme, en outre, l'importance d'une gouvernance rénovée et à ce titre confirme la place et le rôle des directions interrégionales (DIR) et territoriales (DT) dans le pilotage et la participation aux politiques transversales en faveur de la jeunesse dans les champs judiciaire, social ou éducatif [5].

CONTRIBUTION DU PROGRAMME À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Prendre en considération la santé des jeunes et des professionnels est un axe de travail prioritaire pour la DPJJ. La démarche « *PJJ promotrice de santé* » vient en appui de la mise en œuvre des décisions judiciaires.

Ainsi, depuis 2013, la DPJJ se fonde sur les 5 axes stratégiques [6] de la Charte d'Ottawa (Organisation mondiale de la santé, 1986, ratifiée par la France) pour développer la démarche nationale « *PJJ promotrice de santé* ». Le développement des capacités individuelles des jeunes et leur participation active, ressources indispensables pour mener leur projet de vie, sont ainsi visés par une politique institutionnelle favorable à la santé. Celle-ci cherche également à développer un environnement positif pour la santé et le bien-être durant la mesure judiciaire et à renforcer l'accès aux droits, aux soins et à la prévention. La promotion de la santé incite à ne pas isoler les actions, mais à les penser en interaction dans un ensemble cohérent.

ACTIONS ET DÉPENSES CONTRIBUANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

De fait, pour intégrer, dans l'élaboration des projets et la mise en œuvre de l'accompagnement, la prise en compte de la vulnérabilité sanitaire et sociale des jeunes qu'elle prend en charge, la DPJJ s'investit dans une approche institutionnelle globale de promotion de la santé et la développe selon une démarche participative. L'enjeu est de considérer la santé au sens large comme un atout puissant de la réussite éducative et d'insertion et non seulement comme un objectif de santé publique contribuant à la réduction des inégalités sociales de santé. La promotion de la santé est un outil pouvant contribuer efficacement à la réussite des projets éducatifs et d'insertion déployés pour des jeunes souvent fragilisés par leur parcours de vie. Elle contribue à éviter de nouvelles ruptures notamment en s'appuyant sur les ressources des familles et en tissant les liens nécessaires avec les structures de droit commun de santé (soins somatiques et psychiques, en addictologie, dispositifs de prévention, maison des Adolescents…).

En n'étant pas exclusivement orientée sur le versant sanitaire, cette démarche permet à chaque professionnel d'être acteur de la santé-bien-être des jeunes. Promouvoir la santé à la PJJ ne peut en aucun cas reposer uniquement sur les professionnels de santé, la mobilisation de toute l'institution, et en premier lieu les équipes éducatives soutenues par toute la ligne hiérarchique en est l'essence même.

Grâce à une appropriation par les directions des ressources humaines, elle permet également une synergie entre promotion de la santé des jeunes et qualité de vie au travail des professionnels. La santé et le bien-être des professionnels sont posés comme facteurs déterminants de la qualité de la prise en charge éducative et donc du mieux-être des jeunes.

Cette démarche bénéficie de l'appui d'experts extérieurs nombreux, notamment associatifs, et parmi eux tout particulièrement la fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé, qui fédère les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS). Des acteurs publics sont également mobilisés : direction générale de la santé (DGS), Santé Publique France, agences régionales de santé (ARS), mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), etc.

En 2016, une évaluation de la démarche par l'institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société de l'université de Toulouse a permis d'affirmer la pertinence de l'engagement de la DPJJ. Des retours positifs ont été enregistrés :

⇒ une mobilisation institutionnelle qui se développe avec l'implication d'un nombre croissant de territoires et de services dans des dynamiques de promotion de la santé qui portent leurs fruits ;

⇒ une évolution des représentations de la santé vers une approche plus large qui prend en compte ses dimensions sociales, environnementales et éducatives ;

⇒ l'intérêt des directeurs territoriaux pour cette démarche qui dynamise et valorise leurs actions en santé ;

⇒ l'accompagnement méthodologique des IREPS qui permet un transfert de compétences continu ;

⇒ l'intérêt reconnu de certaines ARS, allant jusqu'à un soutien financier.

Corollaire de cette dynamique, la DPJJ est liée depuis le 25 avril 2017 à la direction générale de la cohésion sociale, par une convention de partenariat en santé publique qui soutient la PJJ promotrice de santé comme une action exemplaire, soutien réaffirmé par la DGS par l'inscription de la démarche dans le plan national de santé publique

finalisé en 2018. La convention encourage tout particulièrement les collaborations actives avec les ARS et l'inscription de la promotion de la santé des jeunes pris en charge dans les politiques régionales de santé. Dans le cadre de cette convention et en lien avec l'objectif de meilleure connaissance du public de la stratégie interministérielle pour la santé des personnes placées sous main de justice, une « enquête épidémiologique santé des jeunes pris en charge par la DPJJ » (la dernière enquête de l'institut national de la santé et de la recherche médicale date de 2004) sera conduite en 2020 pour cerner plus précisément les déterminants et problématiques de santé dont sont porteurs les jeunes en vue d'adapter au mieux leur prise en charge en lien avec le secteur sanitaire.

La PJJ a également participé à l'élaboration de la feuille de route santé justice 2019-2022 des personnes sous main de justice, pilotée par la DGS. Parmi les actions prévues, la facilitation de l'accès aux jeunes pris en charge par la PJJ à un bilan de santé complet dans les centres d'examens de santé de l'assurance maladie, le renforcement des actions de prévention du suicide, la continuité de l'accès aux médicaments dans les structures de la PJJ avec hébergement, les interventions des étudiants du service sanitaire en direction des jeunes de la PJJ.

De plus en matière de santé des jeunes, la PJJ a signé une convention avec l'association nationale des maisons des adolescents, visant à renforcer les partenariats locaux avec les structures PJJ, dont la participation aux commissions « *cas complexes* », le soutien des maisons des adolescents quant à leur expertise sur la jeunesse, la prévention de la radicalisation, etc.

La prise en compte de la santé sexuelle est également un axe de travail. A ce titre, la DPJJ participe au comité de pilotage de la stratégie nationale de santé sexuelle piloté par le ministère de la solidarité et de la santé. Une convention est également signée avec la fédération française des centres ressources pour les intervenants près des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS).

Dans le champ de la santé mentale, une enquête médico psychologique auprès des adolescents placés en centre éducatif fermé est en cours de finalisation. Des recommandations seront diffusées pour la fin 2019.

Par ailleurs, en lien avec le ministère de la santé, la circulaire du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et des adolescents en grande difficulté sera réactualisée.

Dans le cadre de la prévention des addictions, la DPJJ participe et contribue à plusieurs instances de la MILDECA : la commission interministérielle de prévention des conduites addictives, le comité interministériel de suivi du fonds de concours, des groupes de travail interinstitutionnels dans le champ de la prévention des addictions et notamment avec la convention tripartite en cours de signature MILDECA/DPJJ/Union française des œuvres laïques d'éducation physique. Les jeunes sous main de justice constituent une des populations cibles prioritaires du Plan national de lutte contre les addictions piloté par la MILDECA.

[1] Tant en ce qui concerne les mineurs délinquants (Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante) que les mineurs en danger (articles 375 et suivants du code civil).

[2] Décret n° 2017-634 du 25 avril 2017 modifiant le décret n° 2008-689 du 9 juillet 2008 relatif à l'organisation du ministère de la justice

[3] Il s'agit d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) régis par le code de l'action sociale et des familles (CASF), à l'exception des SEAT, des SEEPM et du SECJD.

[4] Note d'orientation du 30 septembre 2014 complétée par les notes la déclinant.

[5] Note du 22 septembre 2016 dite note « organisation territoriale ».

[6] Ces 5 axes sont : 1- Mettre en place des politiques favorables pour la santé, 2- Créer des environnements favorables, 3- Favoriser la participation, 4- Développer les aptitudes individuelles, 5- Optimiser les recours aux soins et à la prévention.

P310 CONDUITE ET PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE LA JUSTICE

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé de l'action et total pour le programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
10 – Action sociale ministérielle	11 688 923	11 363 167	12 734 127	12 734 127	12 930 810	12 930 810
P310 – Conduite et pilotage de la politique de la justice	**11 688 923**	**11 363 167**	**12 734 127**	**12 734 127**	**12 930 810**	**12 930 810**

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Placé sous la responsabilité du secrétaire général du ministère de la justice, le programme 310 « *Conduite et pilotage de la politique de la justice* » est un programme majoritairement de support.

Celui-ci assure deux fonctions transverses majeures pour l'ensemble du ministère : l'action sociale et l'informatique ministérielle. Il regroupe également les moyens de l'état-major, du secrétariat général, des directions législatives et de services ou établissements d'intérêt commun pour le ministère, dont l'Agence publique pour l'immobilier de la justice (APIJ).

CONTRIBUTION DU PROGRAMME A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

L'action sociale du ministère de la justice est entièrement financée par le programme 310 (action 10 « Action sociale ministérielle »). La politique d'action sociale constitue un levier majeur en matière de prévention et de promotion de la santé.

- **Pour le Hors titre 2** :

L'action 10 HT2 du programme 310 concerne les dépenses d'action sociale à destination de l'ensemble des agents du ministère et notamment les services de la restauration, l'accès au logement, les places en crèches, la protection sociale complémentaire, les associations socioculturelles et sportives, la médecine de prévention ainsi que les mesures d'accompagnement des agents en situation de handicap.

Du point de vue de la santé, le ministère s'engage, à travers la politique d'action sociale, à des actions de sensibilisation auprès de l'ensemble des agents en particulier par l'intervention de la médecine de prévention institutionnelle.

La médecine de prévention vise à prendre en compte les risques et la santé des agents du ministère de la Justice, en rapport avec leur activité professionnelle. Le ministère étant confronté à de réelles difficultés de recrutement de médecins de prévention, le recours à des conventions avec les services de santé du secteur privé pour répondre à ses obligations légales est nécessaire (52 conventions entre le ministère et des services de santé au travail du secteur privé en 2018).

Malgré ce contexte, le service de médecine de prévention continue d'améliorer son offre de service. 80 % des agents de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse sont soumis à des risques professionnels spécifiques (agression, travail de nuit, risque infectieux…) imposant une visite médicale annuelle.

Le pourcentage d'agents convoqués en 2018[1] est en hausse par rapport à 2017 (33 % contre 28 %) pour l'ensemble des directions du ministère de la Justice. A l'inverse, les taux de fréquentation sont en baisse par rapport à 2017. Ce constat d'absentéisme important peut s'expliquer pour partie par le manque de personnel qui ne permet pas toujours aux surveillants par exemple, de donner suite aux convocations.

- **Pour le T2 :**

Les personnels relevant de l'action 10 exercent leurs fonctions au sein du bureau de l'action sociale et du bureau de la santé et de la qualité de vie au travail du service des ressources humaines et au sein des directions interrégionales du secrétariat général (DIRSG), notamment dans les départements des ressources humaines et de l'action sociale (DRHAS).

Au titre des créations d'emplois de la LFI 2019, chaque DRHAS bénéficie de l'arrivée d'un psychologue du travail puis en 2020 d'un référent hygiène, sécurité, conditions de vie au travail et handicap afin de :

- renforcer l'équipe pluridisciplinaire et la professionnalisation des acteurs de la politique ministérielle en matière de santé et de qualité de vie au travail et coordonner efficacement les réseaux santé, sécurité au travail ;
- élaborer la politique d'action territoriale en matière de handicap.

ACTIONS ET DÉPENSES CONTRIBUANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Les dépenses de prévention dans le domaine de la santé sont évaluées à 2,67 M€ (CP) en exécution 2018. Pour 2019, la programmation est de 2,9 M€ en AE/CP ; la prévision en PLF 2020 est équivalente.

Les crédits de masse salariale consacrés à la prévention en matière de santé représentent environ 8,7 M€ en 2018, dont 35,5 % consacrés à la rémunération des médecins de prévention (3,1 M€) sous contrat avec le ministère.

[1] Rapport d'activité médecine de prévention – Année 2018 – Ministère de la justice

P129 COORDINATION DU TRAVAIL GOUVERNEMENTAL

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé de l'action et total pour le programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
15 – Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives	5 473 528	5 446 911	5 808 100	5 845 600	5 460 000	5 460 000
P129 – Coordination du travail gouvernemental	**5 473 528**	**5 446 911**	**5 808 100**	**5 845 600**	**5 460 000**	**5 460 000**

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Placé sous la responsabilité du Secrétaire général du gouvernement, le programme 129 « *Coordination du travail gouvernemental* » rassemble des entités diverses rattachées au Premier Ministre dans un ensemble budgétaire commun.

Au sein de ce programme, l'action n°15 regroupe les crédits permettant d'impulser et de coordonner les actions de l'État en matière de lutte contre les drogues et les conduites addictives. La question des drogues constitue un problème de société majeur et complexe qui génère des dommages importants, sanitaires et sociaux, tant pour l'usager que pour la collectivité dans son ensemble.

Cette politique publique implique une vingtaine de départements ministériels et se déploie dans divers domaines qu'il s'agisse de la prévention, de la prise en charge sanitaire et sociale, de la réduction des risques, de la lutte contre les trafics, de la recherche et de la coopération internationale.

Elle nécessite de ce fait une coordination interministérielle forte, coordination réalisée par la Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MIDECA), notamment à travers le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022.

En pleine cohérence avec la stratégie nationale de santé, ce plan porte un ensemble d'ambitions, fondées sur la programmation d'actions réalistes et efficaces, afin de prévenir les consommations à risque de substances psychoactives et les conduites addictives. Toutes les catégories de population sont concernées, quels que soient leur âge, leurs lieux de vie et leurs fragilités. Le plan se donne cependant comme public prioritaire les jeunes et accorde une attention particulière aux groupes les plus exposés aux risques et dommages des conduites addictives, l'usage des substances psychoactives restant marqué par de fortes inégalités sociales.

CONTRIBUTION DU PROGRAMME A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Le programme 129 contribue ainsi à la mise en œuvre d'actions visant :

- A la prévention entreprise dès le plus jeune âge, y compris pendant la grossesse, puis, en direction des enfants d'âge scolaire et des adolescents, des programmes préventifs fondés en particulier sur le renforcement des compétences parentales et des compétences psycho-sociales ;
- A la constitution d'un environnement protecteur pour les enfants et adolescents, notamment en veillant à l'application des dispositions législatives et réglementaires visant à les soustraire aux incitations à consommer, telles l'interdiction de vente d'alcool, de tabac et de jeux d'argent et de hasard et l'encadrement de la publicité ;
- Au repérage des conduites addictives à mettre en œuvre dans les différents milieux de vie : en milieu scolaire, universitaire ou professionnel, mais également dans le cadre des activités de loisirs, qu'elles soient sportives ou festives ;

Une attention spécifique est portée aux publics les plus vulnérables (jeunes en difficulté, personnes en grande précarité sociale, personnes souffrant de graves troubles psychiatriques) ainsi qu'aux personnes placées sous main de justice.

ACTIONS ET DÉPENSES CONTRIBUANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

La MILDECA développe, en partenariat étroit avec le ministère des Solidarités et de la Santé et le ministère de l'Education nationale et de la jeunesse, une politique ambitieuse de prévention qui se traduit par le financement d'actions coordonnées au niveau national (à hauteur de 692 K€ en 2018 et de 636 K€ en 2019) ou menées localement sous l'égide des chefs de projet MILDECA (les directeurs de cabinet des préfets).

Les chefs de projet MILDECA disposent de 75% des crédits LFI ouverts à la MILDECA, pour mettre en œuvre sur leur territoire une politique de prévention des conduites addictives qui soit adaptée aux spécificités locales.

En 2018, 56% des actions conduites par le réseau territorial de la MILDECA relèvent du champ de la prévention. Le calcul de ce pourcentage est effectué à partir du rapport d'activité des chefs de projet MILDECA qui ventilent les crédits alloués à la mise en œuvre territoriale de la politique de lutte contre les conduites addictives selon les publics cibles et thématiques d'affectation des crédits.

En 2019 et en 2020, cette proportion est évaluée à 60%, compte tenu des orientations nationales transmises au réseau territorial de la MILDECA, que celui-ci a décliné au premier trimestre 2019 en feuilles de route.

P123 CONDITIONS DE VIE OUTRE-MER

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé de l'action et total pour le programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
04 – Sanitaire, social, culture, jeunesse et sports	94 000	94 000	1 999 500	1 999 500		
P123 – Conditions de vie outre-mer	**94 000**	**94 000**	**1 999 500**	**1 999 500**		

Nota bene : les crédits du PLF 2020, ne sont pas encore connus, les subventions étant allouées en cours d'exercice.

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

La finalité du programme 123 « *Conditions de vie outre-mer* » est d'améliorer les conditions de vie des populations outre-mer, en facilitant leur accès :

- au logement ;
- à la santé ;
- et à l'éducation ;
- en contribuant avec les collectivités territoriales à l'aménagement des territoires ultramarins en termes d'équipements et d'infrastructures ;
- ainsi qu'en mettant en œuvre le principe de continuité territoriale notamment pour les jeunes ultramarins poursuivant leurs études ou leur formation professionnelle.

CONTRIBUTION DU PROGRAMME A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Les collectivités d'outre-mer sont confrontées à des enjeux de santé publique identiques à ceux de l'Hexagone, mais également à des difficultés spécifiques liées notamment :

- au climat tropical : paludisme, dengue, chikungunya, zika ;
- à l'environnement : mercure en Guyane, chlordécone aux Antilles, amiante en Nouvelle-Calédonie.

La situation épidémiologique des Outre-mer, au regard du VIH/SIDA reste également préoccupante.

Dans le domaine de la nutrition, la prévalence de l'obésité et des maladies associées (diabète, hypertension ; etc.) est plus élevée qu'en France hexagonale.

Parallèlement, les contextes socio-économiques des Outre-mer accentuent certains phénomènes de marginalisation sociale : femmes en situation de détresse, pratiques addictives (alcoolisme, toxicomanie), décrochage scolaire, etc.

Cette situation rend particulièrement nécessaire le renforcement des actions menées dans le domaine sanitaire et social, qui s'appuient sur la complémentarité de l'intervention du ministère des outre-mer avec les politiques publiques menées par les autres ministères concernés.

Les crédits du programme 123 « *conditions de vie Outre-mer* » visent ainsi à :

- améliorer l'état de santé des populations des Outre-mer, par le développement d'actions d'information et de prévention auprès des populations, de prise en charge des patients et par la garantie d'un accès à une offre de soins de qualité ;
- améliorer les conditions de vie des populations d'outre-mer par l'offre d'une protection sociale adaptée, et par le développement des moyens de prévention et de lutte contre les exclusions, les discriminations et les addictions.

ACTIONS ET DÉPENSES CONTRIBUANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

C'est dans ce cadre que le ministère des outre-mer a financé des actions de prévention en santé, pour un montant de 94 000 € en 2018 et de 99 500 € sur le début de cette année 2019 (l'exercice 2019 étant en cours, le montant global indiqué à titre indicatif correspond aux crédits alloués au plus tard le 31 juillet), répartis entre plusieurs thèmes :

⇒ mobilisation contre les conduites addictives;
⇒ lutte contre l'obésité;
⇒ préventions menées contre les infections sexuellement transmissibles;
⇒ prévention contre les cancers;
⇒ sensibilisations à la drépanocytose;
⇒ promotion du bienêtre à destination des séniors;
⇒ lutte contre la propagation de la dengue à la Réunion;
⇒ formation contre les risques domestiques;

⇒ innovation en e-santé, notamment la mis en place d'une plateforme numérique de déclenchement des professionnels de santé en cas de crise.

Par ailleurs, l'action 4 finance à hauteur de 1,9 M€ un projet de télémédecine à Wallis et Futuna, qui a pour objectif la digitalisation de la production des soins.

La dotation permettra de financer la modernisation des infrastructures et des systèmes informatiques, ainsi que l'acquisition des équipements de télémédecine (chariots, salles télémédecines, etc,).

P219 SPORT

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé de l'action et total pour le programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
03 – Prévention par le sport et protection des sportifs	7 099 672	7 077 367	7 678 307	7 668 307	7 490 885	7 490 885
P219 – Sport	**7 099 672**	**7 077 367**	**7 678 307**	**7 668 307**	**7 490 885**	**7 490 885**

EVALUATION DES CRÉDITS CONSACRÉS À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

S'agissant des crédits inscrits dans les conventions d'objectifs avec les fédérations sportives, la prévision des moyens 2020 est basée sur le réalisé 2019 au titre du soutien à la prévention en santé, sous réserve des délibérations budgétaires de l'Agence nationale du sport (ANS), créé en avril 2019, dans le cadre du partenariat qui sera formalisé avec les fédérations sportives par les projets sportifs fédéraux

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

L'activité physique et sportive (APS) est un déterminant de santé physique et mentale à part entière.

Prenant la suite du Plan national sport santé bien-être, la Stratégie nationale sport santé (SNSS) – inscrite dans le Plan nationale de santé publique (PNSP) – a pour objectif général d'améliorer l'état de santé de la population. Il s'agit de promouvoir l'activité physique et sportive de chacun, au quotidien, avec ou sans pathologie, à tous les moments de la vie. Cela requiert une mobilisation générale des départements ministériels, des fédérations sportives, des collectivités locales ainsi que des acteurs privés (notamment les entreprises) que cette stratégie entend rassembler d'ici à 2024, date à laquelle la France organisera les jeux olympiques et Paralympiques 2024, événement majeur qui constitue une opportunité concrète pour la promotion de l'activité physique et sportive de chacun.

La SNSS est déclinée en 27 actions qui visent à réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à la pratique d'activités physiques et sportives. Elle s'applique à tous, indistinctement, en métropole et en outre-mer et s'articule autour des 4 axes suivants :

- la promotion de la santé et du bien-être par l'activité physique et sportive;
- le développement et le recours à l'activité physique adaptée à visée thérapeutique;
- la protection de la santé des sportifs et le renforcement de la sécurité des pratiques et des pratiquants;
- le renforcement et la diffusion des connaissances.

CONTRIBUTION DU PROGRAMME A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Les bénéfices de l'exercice régulier d'une activité physique et sportive sont aujourd'hui pleinement reconnus. Aussi les actions favoriseront l'intervention en prévention primaire pour maintenir le capital santé de chacun. En prévention

secondaire et tertiaire pour agir *a minima* en appui en cas de dégradation de l'état de santé et optimiser le parcours de soins des personnes atteintes de maladies chroniques et des patients souffrant d'affections de longue durée.

La Stratégie vise à informer et sensibiliser largement pour assurer des changements de comportements chez nos concitoyens à court et plus long termes, à augmenter le nombre de pratiquants, par la formation des professionnels, la création de nouveaux usages, et l'identification de lieux de pratique innovants.

Elle a également pour objet de démontrer le coût-efficacité de l'activité physique adaptée pour les patients en affection de longue durée.

Elle élargit le champ de réflexion et d'intervention aux conditions d'amélioration de la santé des sportifs et de la sécurité des pratiques.

ACTIONS ET DEPENSES CONTRIBUANT A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Créé en 2013, le pôle ressources national « Sport, Santé, Bien-être » intervient sur des sessions de formation et assure l'animation de réseaux et d'appui aux services déconcentrés sur les thématiques relatives à :

- la prévention et la lutte contre la sédentarité;
- le déploiement de l'activité physique adaptée;
- le bien-être par le sport.

A compter du dernier trimestre 2019, un plan d'actions, en cours d'élaboration, permettra de renforcer la cohérence d'intervention de l'ensemble des acteurs qui œuvrent à la promotion de la santé par le sport (notamment ONAPS) afin de favoriser le déploiement des mesures phare de la SNSS.

En ce qui concerne les actions de protection de la santé des sportifs le ministère apporte son soutien, via les conventions d'objectifs signées avec les fédérations sportives, à la surveillance médicale règlementaire des sportifs de haut niveau et des sportifs reconnus dans le projet de performance fédéral, à la structuration fédérale de cette surveillance et à l'accompagnement sanitaire des équipes de France en stage ou en compétition.

Le ministère a également pour objectif de prévenir les accidents liés aux sports de montagne, aux activités nautiques, subaquatiques et aquatiques et autres activités sportives, en s'appuyant sur :

- **Des campagnes de prévention :**

Le ministère des sports mène tous les ans des campagnes de prévention visant à rappeler aux pratiquants les règles de sécurité dans le cadre de la pratique de certaines activités de montagne et de pratiques nautiques, aquatiques ou subaquatiques. Aussi, le ministère des sports s'engage particulièrement en faveur de la prévention pour les plus jeunes par l'apprentissage de la natation et du vélo dans le cadre des deux campagnes « *J'apprends à nager* » et « *Savoir rouler à vélo* ».

- **Le renforcement de la sécurité des pratiquants par l'inspection et le contrôle :**

Trois objectifs sont prévus par la SNSS sur ce point :

1. améliorer la connaissance de la réglementation;
2. améliorer le ciblage et la qualité des contrôles réalisés par les services déconcentrés dans le cadre des plans nationaux, régionaux et départementaux d'inspection, contrôle et évaluation;
3. prévenir la consommation de produits dopants dans les salles de remise en forme.

Le soutien du Centre national pour le développement du sport (CNDS) / Agence nationale du Sport (ANS) au « *sport-santé* »

► Part territoriale

Le CNDS a fait du soutien au développement de projets en faveur du « *sport - santé* » dans le cadre de la part territoriale une priorité. La promotion du sport comme facteur de santé figure depuis plusieurs années dans les orientations prioritaires de la part territoriale.

En 2018, il a ainsi été demandé le renforcement :

- des actions menées au titre des plans régionaux « Sport, Santé, Bien-être » qui fixent le cadre privilégié d'une intervention de qualité pour tous et à tous les âges de la vie. Les actions partenariales et en réseau qui répondent aux objectifs fixés dans ces programmes seront prioritairement soutenues, en coopération avec l'Agence régionale de santé (ARS);
- des actions développées dans le cadre de la mise en œuvre du décret relatif au « sport sur ordonnance » qui doit permettre aux associations sportives d'intensifier, en liaison avec les collectivités et avec l'appui coordonné des DR(D)JSCS et des ARS, leur implication dans l'encadrement des patients atteints d'affection de longue durée (ALD);
- des actions menées en matière de prévention du dopage et le financement des Antennes Médicales de Prévention du Dopage (AMPD).

En 2018, le CNDS a attribué, au titre de la part territoriale, 14,81 M€, soit 13,5% de la part territoriale globale[1] [109 940 296 €] aux structures développant des actions en faveur du « *Sport - santé* », ce qui a permis la réalisation de près de 5 200 actions (sur 32 000 actions réalisées nationalement, soit 16,3%).

Cela représente une augmentation en montant de +172% entre 2012 et 2018 alors que la part territoriale globale enregistre sur cette même période une diminution de -20,9%.

Comme le démontre le tableau ci-après, la quasi-totalité (90%) de l'enveloppe consacrée au « sport - santé » concerne des actions menées en matière de préservation de la santé par le sport (71,9%), des actions menées dans le cadre des plans régionaux « *sport, bien-être, santé* » (13,2%) et des actions développées en partenariat avec les ARS (4,9%). Ce sont les clubs, échelon de proximité, qui portent majoritairement ces actions en mobilisant 47,2% de l'enveloppe « *sport - santé* » et en réalisant 60,3% des actions.

Numéro et intitulé de l'action	Exécution 2018		LFI 2019	
	AE	CP	AE	CP
Préservation de la santé par le sport	10 655 532 €	10 655 532 €		
Prévention du dopage	65 750 €	65 750 €		
Actions partenariales avec les ARS	722 765 €	722 765 €		
Opération « Sentez-vous sport »	329 158 €	329 158 €		
Actions « sport sur ordonnance »	889 325 €	889 325 €		
Plans régionaux « sport, santé, bien-être »	1 945 772 €	1 945 772 €		
AMPD	207 000 €	207 000 €		
TOTAL	**14 815 302 €**	**14 815 302 €**	**14 500 000 €**	**14 500 000 €**

Les prévisions 2019 se fondent, compte tenu de la mise en place pour 28 fédérations et le CNOSF, des projets sportifs fédéraux, qui consistent à responsabiliser les fédérations dans la déclinaison de leur projet de développement fédéral, sur le maintien du montant consacré en 2018 au « Sport - santé » duquel on déduit le montant attribué au titre des AMPD [1] et celui consacré à la prévention du dopage.

S'agissant de 2020, il n'est pas possible à ce stade d'établir de prévisions en raison de la généralisation de la mise en place du dispositif relatif aux « *projets sportifs fédéraux (PSF)* ».

► Part nationale – l'enveloppe « *Héritage et société* »

Dans le cadre de l'enveloppe « Héritage et société » visant à soutenir des projets innovants, 8 associations et fédérations ont bénéficié, en 2018, d'une aide pour un montant total de 657K€ (sur 5,3M€, soit 12%) pour développer des actions spécifiques sur le thème « sport - santé », à savoir le CDOS 65 (90K€), le CSC Léo Lagrange de Colombelles (50K€), la fédération des ASPTT (50K€), la fédération française de canoë-kayak (119K€), l'association Cami sport et cancer (108K€), la fédération sportive et gymnique du travail (100K€), la fédération française de lutte (90K€) et le CDOS Aisne (50K€).

► Part des équipements

Le CNDS a financé, de 2006 à 2018, 210 projets de parcours de santé et d'équipements destinés aux activités de forme et de santé pour un montant global de 5,84M€.

37 projets de parcours de santé et d'équipements destinés aux activités de forme et de santé ont fait l'objet d'une subvention en 2018 pour un total de 1,38M€ dans le cadre de l'enveloppe " *Héritage & Société"* et de l'enveloppe Outre-mer & Corse dont 0,42M€ pour 4 parcours de santé en outre-mer, très importants localement, notamment dans la lutte contre l'obésité et les maladies chroniques comme le diabète et les maladies cardio-vasculaires.

[1] Données hors Corse, Wallis et Futuna et Polynésie Française.

[2] Pour 2019, les actions menées en matière de prévention du dopage et le financement des Antennes Médicales de Prévention du Dopage (AMPD) ne relèvent plus de financements sur la part territoriale du CNDS / Agence nationale du sport mais du programme BOP 219.

P181 PRÉVENTION DES RISQUES

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé de l'action et total pour le programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
01 – Prévention des risques technologiques et des pollutions	88 822 582	87 095 801	101 043 634	90 981 845	95 347 635	90 526 138
09 – Contrôle de la sûreté nucléaire et de la radioprotection	57 102 892	56 976 799	58 974 289	63 974 289	60 316 861	65 316 861
10 – Prévention des risques naturels et hydrauliques	38 045 134	38 646 636	44 699 826	44 235 183	37 235 182	37 235 183
11 – Gestion de l'après-mine et travaux de mise en sécurité, indemnisations et expropriations sur les sites	38 283 756	37 790 930	38 277 130	38 277 130	38 777 130	38 777 130
12 – Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME)	572 352 410	572 352 410	595 333 800	595 333 800	594 833 800	594 833 800
P181 – Prévention des risques	**794 606 774**	**792 862 576**	**838 328 679**	**832 802 247**	**826 510 608**	**826 689 112**

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Les risques naturels, les risques technologiques, les risques miniers et les risques pour la santé d'origine environnementale – domaines de responsabilité de la direction générale de la prévention des risques (DGPR) – se concrétisent par des catastrophes aux conséquences humaines, économiques et environnementales majeures. Les victimes sont particulièrement nombreuses dans les pays où la prévention des risques et la gestion de crise sont insuffisantes tandis que les conséquences économiques se concentrent dans les pays développés.

En France, il convient de mener des actions résolues pour maîtriser les risques technologiques, réduire les pathologies ayant une cause environnementale (actions « santé-environnement »), assurer la transition de notre économie vers une économie circulaire et réduire la vulnérabilité de notre territoire aux risques naturels dont l'intensité est accrue par le changement climatique et la densification des populations sur les littoraux ou certaines autres zones potentiellement exposés à des aléas.

CONTRIBUTION DU PROGRAMME A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Le programme 181 « Prévention des risques » élabore et met en œuvre les politiques relatives :

- à la connaissance, l'évaluation, la prévention et la réduction des risques industriels et miniers, et des pollutions chimiques, biologiques, sonores, électromagnétiques, lumineuses, radioactives ;
- à la connaissance, l'évaluation, la prévention et la prévision des risques naturels (inondations notamment) et à la sécurité des ouvrages hydrauliques ;
- à l'évaluation et la gestion des sols pollués ;
- à la prévention et la gestion des déchets et au développement de l'économie circulaire (prévention, valorisation et traitement);
- à l'évaluation des risques en matière de santé/environnement, notamment ceux que présentent les produits chimiques ou les organismes génétiquement modifiés (OGM).

Le programme porte en outre, depuis2018, le financement de l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME). Ce financement budgétaire remplace les modalités précédentes de financement de l'agence par fiscalité affectée. L'ADEME est en effet un acteur majeur pour la mise en œuvre de la transition écologique et solidaire, avec des interventions importantes pour soutenir les économies d'énergie et le développement des énergies renouvelables, notamment par l'intermédiaire du fonds chaleur, le développement de l'économie circulaire par l'intermédiaire du fonds déchets, le renforcement de la régulation des éco-organismes des filières à responsabilité élargie des producteurs, tel que prévu par la feuille de route « économie circulaire », le soutien à la recherche et l'innovation dans ces domaines et des interventions pour la mise en sécurité des sites pollués à responsable défaillant.

Une des spécificités de ce programme réside dans l'accroissement des exigences communautaires et dans la multiplicité des conventions internationales. Cette spécificité se traduit par la nécessité d'honorer des engagements, tant qualitatifs que quantitatifs, afin d'atteindre un niveau élevé de protection des populations, des biens et des milieux écologiques.

Une seconde particularité réside dans le caractère transversal de ce programme qui vise notamment à améliorer la conciliation des différents usages. La prévention des risques se trouvant à l'interface d'enjeux divers, ce programme requiert la participation d'autres missions (« Agriculture, alimentation, forêt et affaires rurales »,« Outre-mer ») et l'intervention de partenaires variés afin de répondre à l'attente des citoyens en ce domaine.

D'importantes actions de simplification ont été engagées les années passées (par exemple dématérialisation de la procédure de déclaration pour les installations classées en 2016) et l'année 2017 a vu l'entrée en vigueur de l'autorisation environnementale unique qui regroupe en un seul acte différentes autorisations et se traduit ainsi par une réelle simplification pour le pétitionnaire.

ACTIONS ET DÉPENSES CONTRIBUANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

► Action n° 01 - "*Prévention des risques technologiques et des pollutions*"

La présente action a pour finalité principale d'assurer la prévention des risques technologiques et des pollutions ainsi que la maîtrise des effets des processus industriels, des produits et des déchets sur l'environnement et la santé.

Il s'agit tout d'abord de prévenir les risques et pollutions générés par les installations industrielles et agricoles, de traiter les sites pollués à responsable défaillant. La prévention des pollutions et des risques de ces installations est conduite en particulier au travers de la législation des installations classées pour la protection de l'environnement.

Il s'agit ensuite d'élaborer et de mettre en œuvre les plans de prévention des risques technologiques (PPRT) en application de la loi du 30 juillet 2003 afin de maîtriser l'urbanisation autour des installations présentant les plus grands risques (installations Seveso seuil haut) et de corriger, au besoin, par des mesures foncières d'expropriation ou de délaissement des situations héritées du passé qui conduisent à exposer des populations à un risque inacceptable ou des travaux de renforcement du bâti. Il s'agit de prévenir les risques associés aux canalisations de transport (de produits chimiques, d'hydrocarbures et de gaz) et aux réseaux de distribution de gaz.

L'amélioration de la qualité de l'environnement sonore et la prévention des nuisances et des risques sanitaires liés à l'environnement relèvent également de cette action, en particulier dans le cadre du troisième plan national santé environnement 2015-2019 (PNSE3) adopté en novembre 2014.

La maîtrise des effets des produits chimiques et des déchets sur l'environnement et la santé suppose en amont de prévenir la production de déchets et de favoriser l'éco-conception des produits, d'évaluer la dangerosité et l'impact des substances et produits chimiques puis de définir et mettre en œuvre l'encadrement de la mise sur le marché de certains produits et, le cas échéant, des mesures d'interdiction ou de restriction d'usage de certaines substances. En aval, il s'agit de veiller à développer la réutilisation et le recyclage, en particulier par la création de filières de traitements de produits en fin de vie et de maîtriser les impacts du traitement des déchets.

Parallèlement à la prévention de risques ou de dangers connus et identifiés, il convient d'anticiper les risques qui pourraient survenir suite au développement de nouvelles applications ou technologies (dits « *risques émergents* » tels que les OGM, les champs électromagnétiques, les nanotechnologies).

Outre les engagements internationaux et communautaires qu'elle décline, cette action s'appuie sur la réalisation d'une série de plans d'actions gouvernementaux, parmi lesquels :

- le programme de mise en œuvre des plans de prévention des risques technologiques du 31 mars 2016 ;
- le programme stratégique de l'inspection des installations classées (la dernière version portait sur 2014-2017 et est en cours de mise à jour en fonction des dernières orientations gouvernementales);
- le plan de modernisation et de maîtrise du vieillissement des installations industrielles ;
- le plan de prévention des endommagements de réseaux ;
- les engagements des feuilles de route des conférences environnementales, le troisième plan national Santé-Environnement 2015–2019 qui prend la suite du plan 2008-2013 et qui inclut le Plan d'actions sur la Qualité de l'Air Intérieur publié en 2013, la stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens, le « *plan déchets 2014-2020* » et la feuille de route pour l'économie circulaire.

La mise en œuvre de cette action mobilise la direction générale de la prévention des risques et les services déconcentrés : DREAL/DRIEE/DEAL, DD(CS)PP, DDT(M) et les préfectures.

Les établissements publics sous tutelle ou cotutelle du MTES qui interviennent dans le cadre de cette action sont l'ADEME, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), le Bureau de recherches géologiques et minières (BRGM), l'Institut français de recherche pour l'exploitation de la mer (IFREMER), l'Institut National de l'environnement industriel et des risques (INERIS), l'Institut de la radioprotection et de la sûreté nucléaire (IRSN), le Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB).

La mise en œuvre de cette action implique également le Laboratoire national d'essais (LNE) ainsi que des associations loi 1901 comme le Centre d'information et de documentation sur le bruit (CIDB), le Centre de documentation de recherche et d'expérimentations (CEDRE), l'Institut français des formateurs risques majeurs et protection de l'environnement (IFFORME), ARMINES et les associations agréées de surveillance de la qualité de l'air (AASQA).

Elle repose également sur la contribution d'autres organismes comme l'Association française de normalisation (AFNOR) ou l'Assemblée des chambres françaises de commerce et d'industrie (ACFCI).

► Action n° 09 - "*Contrôle de la sûreté nucléaire et de la radioprotection*"

Cette action a pour finalité principale d'assurer qu'un haut niveau de protection des personnes et de l'environnement est garanti par les responsables d'activités civiles nucléaires ou à risques radiologiques.

L'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) assure, au nom de l'État, le contrôle de la sûreté nucléaire et de la radioprotection pour protéger les personnes et l'environnement des risques liés aux activités nucléaires civiles. Elle informe le public et contribue à des choix de société éclairés.

Elle prend en compte les points de vue des « parties prenantes » (citoyens, exploitants) :

- en offrant à chacun la possibilité de se faire une opinion sur les risques nucléaires et radiologiques et de participer aux processus de décision ;
- en prenant, en liaison avec les experts techniques qui apportent leur appui aux pouvoirs publics, des décisions prévisibles, notamment en termes de délais.

Le parc d'installations et d'activités contrôlé par l'ASN est l'un des plus importants et des plus diversifiés au monde. Il regroupe notamment un ensemble standardisé de réacteurs, l'ensemble des installations du cycle du combustible, des installations de recherche ou des usines quasiment uniques au monde. L'ASN assure de plus le contrôle de plusieurs milliers d'installations ou d'activités où sont utilisées des sources de rayonnements ionisants à des fins médicales, industrielles ou de recherche. L'ASN contrôle enfin le transport des matières radioactives, pour lesquelles plusieurs centaines de milliers d'expéditions sont réalisées annuellement sur le territoire national.

L'ASN est également chargée de la veille en radioprotection, ce qui la conduit, avec l'appui de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN), à organiser la surveillance radiologique de l'environnement et la surveillance des expositions des travailleurs et de la population aux rayonnements ionisants, en particulier les expositions médicales et les expositions au radon.

► Action n° 10 - "*Prévention des risques naturels et hydrauliques*"

La prévention des risques naturels et hydrauliques vise à assurer la sécurité des personnes et des biens face à des catastrophes naturelles que sont les inondations, les submersions marines, les mouvements de terrain, les avalanches, les séismes, les volcans, les feux de forêt, les cyclones et les tempêtes.
Elle consiste notamment à anticiper sur les événements prévisibles et à en atténuer les effets. Cette politique permet de préserver des vies humaines, de réduire les difficultés des secours lors de la catastrophe et le coût des dommages aux biens et activités économiques.

Une étude faite par l'OCDE en 2014 a montré l'impact économique considérable que pourrait avoir une crue majeure en région Île-de-France qui toucherait directement et indirectement près de 5 millions de citoyens et de nombreuses entreprises. Les dommages d'une telle catastrophe ont été estimés à hauteur de 3 à 30 milliards d'euros pour les seuls dommages directs selon les scénarios d'inondation, assortis d'une réduction significative du PIB qui atteindrait sur cinq ans de 1,5 à 58,5 milliards d'euros soit de 0,1 à 3 % en cumulé. Les inondations de mai-juin 2016 dans le centre de la France et l'Île-de-France ont conduit à des dommages d'un montant supérieur au milliard d'euros, et représentent le sinistre le plus important en termes de montant à indemniser depuis la mise en œuvre du régime d'indemnisation des catastrophes naturelles.

La prévention comprend ainsi différents types de mesures et actions, à la fois d'ordre régaliennes et d'accompagnement des collectivités territoriales.

Les mesures et actions menées reposent sur les composantes suivantes : la connaissance des aléas et des enjeux exposés, la surveillance des phénomènes et la vigilance, l'information préventive, la réglementation par les plans de prévention des risques naturels (PPRN), les travaux de réduction de la vulnérabilité, les protections et adaptations et leur contrôle, la préparation à la crise et le retour d'expérience.

Elles se structurent dans le cadre de plans d'actions gouvernementaux ou territoriaux portés par les collectivités territoriales et accompagnés financièrement par l'État et par priorités nationales :

- la déclinaison de la directive 2007/60/CE du parlement européen relative à l'évaluation et la gestion des risques d'inondation ;
- l'amélioration de la connaissance et sa diffusion par le développement de la culture du risque ;
- les programmes d'action de prévention des inondations (PAPI), les plans grands fleuves (Rhône, Loire, Seine, Garonne) ;
- le plan séisme Antilles qui a pour objet de réduire la vulnérabilité au risque sismique des populations des Antilles françaises et le cadre d'action pour la prévention du risque sismique (CAPRIS) en métropole ;

- le renforcement du contrôle de la sécurité des barrages et ouvrages hydrauliques piloté par le service technique de l'énergie électrique, des grands barrages et de l'hydraulique (STEEGBH) ;
- la prévision des crues et l'hydrométrie pilotées par le service central d'hydrométéorologie et d'appui à la prévision des inondations (SCHAPI), avec notamment le service VIGICRUES (vigilance « crues ») diffusée sur Internet ;
- les stratégies territorialisées de gestion des risques naturels terrestres au travers des appels à projets (Stratégie Territoriale pour la Prévention des Risques en Montagne (STePRIM) et Plans d'Actions et de Prévention des cavités (PAPRICA)) ;
- les suites immédiates des sinistres causés par les phénomènes naturels.

La mise en œuvre de cette politique mobilise la direction générale de la prévention des risques (DGPR) du MTES, au niveau régional les DREAL/DEAL/DRIEE, et les DDT(M) au niveau départemental.

Les services de l'État s'appuient sur les acteurs locaux qui réalisent les projets de prévention dont ils bénéficient sur leurs territoires afin de réduire les conséquences dommageables des phénomènes naturels. Ils permettent également le développement de la culture du risque pour mieux préparer nos concitoyens à réagir face aux événements dommageables et à leurs conséquences et au retour à la vie normale.

Les établissements publics sous tutelle ou cotutelle du MTES comme l'IRSTEA, le BRGM, l'INERIS, l'ONF, l'IFSTTAR et Météo France interviennent également dans la mise en œuvre de la politique ainsi que des contractants (associations, partenaires) tels que l'AFPCN, l'AFPS, l'ANENA, le CEPRI.

► Action n° 11 - "*Gestion de l'après-mine et travaux de mise en sécurité, indemnisations et expropriations sur les sites*"

L'État prend les mesures nécessaires pour que la sécurité des personnes et des biens et la protection de l'environnement soient assurées après l'exploitation minière, en particulier en cas disparition de l'ancien exploitant.

Basée sur le triptyque « *anticipation, prévention et traitement* », l'action de l'État s'appuie notamment sur :

- GEODERIS, groupement d'intérêt public (GIP) entre l'État, le bureau des recherches géologiques et minières (BRGM) et l'Institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS) pour évaluer les risques présentés par les anciennes exploitations minières ;
- le Département de Prévention et de Sécurité Minière (DPSM), département dédié créé au sein du BRGM, pour la surveillance des anciens sites miniers, la gestion des installations hydrauliques de sécurité et la réalisation de travaux de mise en sécurité.

En cas de dangers graves pour les personnes, l'État a également la possibilité de recourir à l'expropriation des biens concernés.

Dans une optique de redéveloppement des territoires impactés par l'activité minière passée, il est important de déterminer les conditions de prise en compte des risques résiduels miniers (notamment par l'adoption de plans de prévention des risques miniers) dans l'aménagement et l'urbanisme des territoires concernés. Les études d'aléas sur les risques miniers et les mouvements de terrain nécessaires sont pratiquement toutes terminées. Il conviendra, le cas échéant, de mener les études complémentaires afin d'affiner le diagnostic, voire d'étendre le périmètre de ces études aux questions d'émanations de gaz notamment.

Enfin, seront poursuivies en 2019 les études environnementales relatives aux dépôts de déchets de l'industrie extractive à la suite de l'inventaire réalisé en 2012 dans le cadre de la directive sur les déchets de l'industrie extractive.

► Action n° 12 - "*Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME)*"

L'ADEME est un acteur essentiel de la transition écologique et énergétique. Depuis 2014, l'agence bénéficiait pour son financement de l'affectation d'une part du produit de la taxe générale sur les activités polluantes (TGAP).

Cette modalité de financement a été remplacée à compter de 2018 par une dotation budgétaire du programme 181. Ce choix, en réponse à une préconisation de la Cour des comptes, permet de construire une trajectoire budgétaire

crédible pour l'ADEME, propre à assurer le financement des reste-à-payer issus des engagements antérieurs de l'ADEME et à maintenir à un niveau élevé l'action de l'agence en faveur de la transition écologique et solidaire. Ce mode de financement présente également l'avantage d'une plus grande souplesse en termes de trésorerie infra-annuelle, car la TGAP affectée n'était pas perçue par l'agence avant le mois de mai. Enfin, il permet une meilleure lisibilité du budget général et des dépenses publiques afférentes aux politiques publiques dont chaque ministre est chargé de rendre compte au Parlement.

Dans le cadre de la prochaine programmation pluriannuelle de l'énergie, l'ADEME pourra ainsi poursuivre et amplifier la réalisation des objectifs de la loi relative à la transition énergétique pour la croissance verte, du plan climat et de la feuille de route économie circulaire auxquels ses actions contribuent et qui nécessitent des soutiens financiers pour déclencher des modifications sociales et économiques, notamment au travers du fonds chaleur ou du fonds déchets. Ce financement permettra également de garantir les interventions de l'opérateur sur sites et sols pollués et de démarrer les nouveaux fonds d'intervention (air, mobilité, hydrogène).

P190 RECHERCHE DANS LES DOMAINES DE L'ÉNERGIE, DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA MOBILITÉ DURABLES

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé de l'action et total pour le programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
11 – Recherche dans le domaine des risques	6 288 387	6 288 387	6 373 110	6 373 110	6 373 110	6 373 110
12 – Recherche dans le domaine des transports, de la construction et de l'aménagement	1 862 679	1 862 679	1 838 093	1 838 093	1 850 000	1 850 000
13 – Recherche partenariale dans le développement et l'aménagement durable	1 531 676	1 531 676	1 551 198	1 551 198	1 551 198	1 551 198
P190 – Recherche dans les domaines de l'énergie, du développement et de la mobilité durables	**9 682 742**	**9 682 742**	**9 762 401**	**9 762 401**	**9 774 308**	**9 774 308**

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Le programme 190 couvre la recherche dans les domaines du développement durable, de l'énergie, des risques, des transports, de la construction et de l'aménagement.

Les trois actions décrites ici portent sur les financements accordés respectivement à l'Institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS), au Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB) et à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES).

CONTRIBUTION DU PROGRAMME À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

Le programme 190 a pour but de favoriser la recherche dans le développement et la mobilité durables par les actions incitatives de recherche menées par le ministère de la transition écologie et solidarité.

ACTIONS ET DÉPENSES CONTRIBUANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

► Action 11 - "*Recherche dans le domaine des risques*"

L'INERIS a pour mission la prévention des risques que les activités économiques font peser sur la santé, la sécurité des personnes et des biens ainsi que sur l'environnement.

Les travaux de recherche de l'INERIS comportent une part importante de recherche appliquée, en appui aux politiques publiques, et à l'écoute des besoins de la société et des industriels.

Ils couvrent des activités allant d'une recherche amont (comprendre et modéliser les mécanismes à l'origine des phénomènes dangereux) à une recherche finalisée (développer des outils et méthodes pour prévenir leur déclenchement et protéger les populations ou les milieux impactés). Ils s'appuient sur des moyens expérimentaux uniques (laboratoires, essais en grand ou in situ), de la modélisation et des enquêtes de terrain. L'activité de veille prospective vise à identifier les sujets émergents en termes de risques environnementaux.

Les travaux de l'INERIS portent en particulier sur la sécurité des batteries dans le contexte du stockage électrochimique, les risques liés à des nouvelles filières énergétiques dont l'hydrogène et l'utilisation du sous-sol (stockage de l'énergie, géothermie). L'INERIS travaille également sur l'impact du changement climatique sur la qualité de l'air, notamment lié à la pollution transfrontière et aux activités agricoles, les risques de sur-accidents technologiques induits par des phénomènes extrêmes associés aux risques naturels (NaTech), l'impact du changement climatique sur l'instabilité des versants et des cavités et la maîtrise des risques liés à la filière captage, transport et stockage de CO2.

L'institut développe des actions dans la substitution des matières premières pétrochimiques par de la biomasse, sur des projets de bio-raffineries. Il étudie les risques industriels associés à ces nouveaux procédés de production, et contribue ainsi à construire une approche combinée qui prend en compte les impacts réciproques des stratégies de maîtrise des risques et des pollutions liées au développement industriel, et des stratégies d'atténuation et d'adaptation au changement climatique.

► Action 12 - "*Recherche dans le domaine des transports, de la construction et de l'aménagement*"

Le CSTB a pour mission de garantir la qualité et la sécurité des bâtiments en France. Il porte à ce titre plusieurs actions en matière de prévention en santé.

Le CSTB développe des outils et méthodes pour analyser l'exposition de la population aux polluants et autres nuisances liées aux évolutions des matériaux et techniques de construction. Son objectif de recherche est de doter les parties prenantes (pouvoirs publics et agences) de données fiables pour évaluer les impacts du bâti ou des projets sur la qualité de l'air.

Le centre a axé sa recherche en matière de prévention et de contrôle des risques sanitaires sur l'individu comme victime potentielle de maladies qu'il peut développer, mais également comme source potentielle de pollution.

Le CSTB a également axé sa recherche sur l'adaptation de l'environnement bâti au vieillissement de la population. Le plan priorité Prévention présenté par le gouvernement en mars 2018 donne pour objectif de permettre à la population de vieillir sans incapacité.

Le CSTB s'attache à identifier les risques sanitaires pesant sur les individus dont les besoins essentiels ne sont pas satisfaits, y compris en ce qui concerne l'environnement sensoriel (thermique, acoustique, éclairage et qualité de l'air) et à repérer les besoins d'adaptation de l'habitat des seniors fragilisés.

► Action 13 - "*Recherche partenariale dans le développement et l'aménagement durable*"

Les missions de l'ANSES couvrent l'évaluation des risques dans le domaine de l'alimentation, de l'environnement et du travail, en vue d'éclairer les pouvoirs publics dans leur politique sanitaire. Sont notamment prises en compte des thématiques telles que la qualité de l'eau, l'impact des pesticides sur la santé des agriculteurs, la qualité nutritionnelle des aliments, la caractérisation des perturbateurs endocriniens, l'évaluation sanitaire des nanomatériaux ou encore l'intégration des sciences humaines dans la conduite de l'expertise.

P111 AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE L'EMPLOI ET DES RELATIONS DU TRAVAIL

	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
Numéro et intitulé de l'action et total pour le programme	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
01 – Santé et sécurité au travail	23 988 017	23 675 571	24 125 000	24 425 000	24 585 000	24 285 000
P111 – Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail	**23 988 017**	**23 675 571**	**24 125 000**	**24 425 000**	**24 585 000**	**24 285 000**

PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Le programme 111 « *Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail* » a pour objectif l'amélioration des conditions d'emploi et de travail des salariés du secteur concurrentiel (18,5 millions de personnes). C'est un levier essentiel de la politique du travail qui se déploie dans le cadre de 4 actions :

- la santé et sécurité au travail ;
- la qualité et l'effectivité du droit ;
- le dialogue social et la démocratie sociale ;
- la lutte contre le travail illégal.

La responsabilité du programme incombe au directeur général du travail qui s'appuie tout à la fois sur les services centraux de la direction générale du travail (DGT), les services déconcentrés (directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) issues de la fusion entre les services déconcentrés du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle avec ceux du ministère de l'économie), ainsi que sur les opérateurs du programme (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)).

CONTRIBUTION DU PROGRAMME A LA POLITIQUE TRANSVERSALE

La contribution du programme 111 à la politique transversale de prévention est inscrite dans l'action 01 du programme : « *santé et sécurité au travail* ».

Action 01 - "*santé et sécurité du travail*"

La prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail, reconnues aujourd'hui comme facteurs de compétitivité des entreprises, passent par l'information et la sensibilisation des acteurs : entreprises, branches, organisations syndicales et patronales, partenaires institutionnels de la prévention.

Le troisième Plan Santé au travail pour 2016-2020 (PST 3) constitue la feuille de route gouvernementale pour la définition et la programmation des actions de l'ensemble des partenaires institutionnels et notamment les opérateurs de l'État.

L'action 01 regroupe l'ensemble des actions ministérielles menées en matière de prévention contre les risques professionnels, la dégradation des conditions de travail, les accidents du travail et les maladies professionnelles.

ACTIONS ET DÉPENSES CONTRIBUANT À LA POLITIQUE TRANSVERSALE

La contribution du programme 111 à la politique transversale de prévention est inscrite dans l'action 01 du programme : « santé et sécurité au travail ». Les dépenses qui y sont consacrées concernent :

1 – le financement de conventions d'études et de recherche conclues par l'administration centrale ou les services déconcentrés avec des organismes ayant un rôle d'appui des pouvoirs publics dans le domaine de la santé et la sécurité au travail (organismes certificateurs ou organismes compétents en matière de santé et sécurité).

Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
AE	CP	AE	CP	AE	CP
4 558 169	4 245 723	3 750 000	4 050 000	4 350 000	4 050 000

2 - Le financement par le biais d'une subvention pour charge de services public de l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES).

La mission principale de l'établissement est de réaliser et de fournir aux autorités compétentes une expertise scientifique indépendante et pluridisciplinaire, ainsi que l'appui scientifique et technique nécessaire 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.

Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
AE	CP	AE	CP	AE	CP
8 175 000	8 175 000	8 395 000	8 395 000	8 325 000	8 325 000

3 - Le financement par le biais d'une subvention pour charge de services public de l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT).

La mission principale de l'établissement est de concevoir, promouvoir et transférer, auprès des acteurs de l'entreprise, des outils et des méthodes permettant l'amélioration des conditions de travail. Les priorités et les objectifs sont définis dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de performance (COP) pluriannuel, en fonction de l'évolution des priorités gouvernementales et après concertation des partenaires sociaux. Du fait de sa mission l'ANACT est un acteur principal de la mise en œuvre du plan santé au travail 3 (PST 3).

Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
AE	CP	AE	CP	AE	CP
10 030 000	10 030 000	9 980 000	9 980 000	9 910 000	9 910 000

4 - Le financement du fonds d'amélioration des conditions de travail (FACT), dont les crédits ont pour objet d'inciter et d'aider les entreprises, notamment les petites et moyennes entreprises, les associations ou les branches professionnelles au moyen de subventions et dans le cadre de démarches participatives, à concevoir et à mettre en œuvre des projets d'expérimentation dans le champ des missions confiées à l'ANACT.

Il s'agit du seul dispositif d'aide aux entreprises et aux branches professionnelles à la main du ministère du travail. La mobilisation du FACT permet de toucher spécifiquement les PME-TPE qui sont les cibles prioritaires des politiques de prévention des risques professionnels, de la qualité de vie au travail et de la prévention de l'usure professionnelle et du maintien en emploi.

Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
AE	CP	AE	CP	AE	CP
1 224 848	1 224 848	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000

ANNEXES

PRÉVENTION EN SANTÉ

AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT DE LA PRÉVENTION EN SANTÉ

Le document de politique transversale (DPT) prévention en santé doit être mise en regard de l'annexe 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), qui détaille dans sa partie II les dépenses sanitaires de prévention et les besoins en santé publique.

L'un et l'autre documents, DPT et annexe 7, retiennent la même définition de la prévention, telle que donnée par l'organisation mondiale de la santé (OMS). Ainsi, la notion de prévention décrit l'ensemble des actions, des attitudes et comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé.

Il convient de distinguer :

1. la prévention primaire : ensemble des actes visant à diminuer les incidences d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent prises en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en terme environnementaux ou sociétaux ;
2. la prévention secondaire : diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque ;
3. la prévention tertiaire : intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

Cette vision d'ensemble est toutefois limitée par les différences méthodologiques de construction de ces deux documents.

Le DPT inclut l'ensemble des crédits de l'Etat de prévention institutionnelle [1] dédiés aux actions de la Stratégie nationale de santé (SNS) et du Plan national de santé publique (PNSP), modulés en fonction de leur intentionnalité première.

Il exclut les actions rattachées aux crises sanitaires, celles relevant de l'offre de soins et celles de prévention non institutionnelle.

L'annexe 7 du PLFSS traite de l'ensemble des dépenses de prévention en France (institutionnelle tous les ans et globales épisodiquement), à partir de la classification de la prévention d'Eurostat (*A system of health accounts 2011 – revised edition march 2017*, HC6 p. 100-106).

Elle inclut les dépenses de la sécurité sociale, de l'Etat et des collectivités territoriales et du secteur privé, avec un focus sur les trois fonds d'assurance maladie (Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, Fonds de lutte contre les addictions et Fonds d'intervention régional) qui participent au financement de la prévention institutionnelle

I. LES DÉPENSES DE PRÉVENTION INSTITUTIONNELLE

En 2018, la consommation de biens et services de prévention institutionnelle, financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux, s'élève à 6,2 milliards d'euros.

Elle est en légère hausse de 1,2 % par rapport à 2017 : la prévention individuelle (3,9 milliards d'euros) est en hausse de 2,3 %, tandis que la prévention collective (2,3 milliards d'euros) baisse légèrement de 0,6 % ***(tableau 1***).

La prévention institutionnelle représente environ 93 € par habitant en 2018 et 2,2 % de la dépense courante de santé. Elle ne contribue quasiment pas à la croissance de cet agrégat.

Tableau 1 - Estimation des dépenses de prévention institutionnelle

	2009	2010	2012	2013	2014	2016	2017	2018	Évolution 2017-2018	Évolution 2009-2018
PREVENTION INDIVIDUELLE	**3 494**	**3 451**	**3 440**	**3 628**	**3 652**	**3 715**	**3 797**	**3 886**	**2,3**	**1,2**
Prévention individuelle primaire	**2 926**	**2 894**	**2 911**	**3 040**	**3 061**	**3 138**	**3 174**	**3 164**	**-0,3**	**0,9**
Vaccins*	96	72	75	80	81	85	87	114	30,7	1,9
PMI - Planning familial	834	828	812	821	812	828	804	772	-4,0	-0,9
Médecine du travail	1 507	1 512	1 527	1 599	1 619	1 645	1 690	1 689	0,0	1,3
Médecine scolaire	488	482	498	540	549	580	593	589	-0,7	2,1
Prévention individuelle secondaire	**568**	**556**	**528**	**588**	**591**	**577**	**624**	**722**	**15,8**	**2,7**
Dépistage des tumeurs	164	156	167	177	162	154	157	148	-5,9	-1,2
Dépistage VIH/Sida, hépatites, tuberculose et autres maladies infectieuses	153	152	111	147	160	155	191	306	60,1	8,0
Dépistage autres pathologies	25	25	26	35	36	40	45	38	-15,6	4,9
Examens de santé	176	173	173	175	175	171	173	161	-6,8	-1,0
Bilans bucco-dentaires	51	49	51	56	58	58	57	69	20,5	3,5
PREVENTION COLLECTIVE	**3 019**	**2 383**	**2 342**	**2 294**	**2 200**	**2 208**	**2 370**	**2 355**	**-0,6**	**-2,7**
Actions sur les comportements : information, promotion et éducation à la santé	**366**	**361**	**352**	**354**	**333**	**265**	**300**	**328**	**9,1**	**-1,2**
Campagnes en faveur des vaccinations**	30	30	30	30	29	28	24	20	-13,1	-4,3
Lutte contre les IST***, santé sexuelle, contraception**	31	28	31	24	21	6	12	12	0,1	-9,9
Lutte contre l'addiction**	91	98	91	85	75	68	84	90	6,4	-0,1
Nutrition - santé**	25	27	17	17	18	16	18	22	22,5	-1,7
Autres pathologies**	15	9	24	30	30	28	32	37	16,4	10,5
Autres actions d'information, promotion et éducation à la santé	174	169	159	168	160	119	131	146	12,1	-1,9
Actions sur l'environnement	**2653**	**2022**	**1990**	**1940**	**1867**	**1943**	**2070**	**2027**	**-2,0**	**-2,9**
Hygiène du milieu (y compris lutte anti-vectorielle)	652	676	652	658	619	756	717	673	-6,2	0,4
Prévention des risques professionnels	244	249	254	259	246	237	272	216	-20,5	-1,3
Prévention et lutte contre la pollution	157	225	172	143	138	138	176	183	3,6	1,7
Surveillance, veille, recherche, expertise, alerte	308	319	325	325	312	305	392	400	2,1	2,9
Urgences et crises	580	-28	42	49	40	20	6	4	-41,3	-43,0
Sécurité sanitaire de l'alimentation	712	582	544	505	512	486	507	552	9,0	-2,8
ENSEMBLE PREVENTION INSTITUTIONNELLE	**6 513**	**5 833**	**5 781**	**5 921**	**5 852**	**5 923**	**6 167**	**6 241**	**1,2**	**-0,5**
Évolution en %	*12,5*	*-10,4*	*0,0*	*2,4*	*-1,2*	*-0,7*	*4,1*	*1,2*		
dont dans le champ CSBM****	-110	-106	-102	-103	-107	-110	-127	-126	-0,9	1,5
PREVENTION INSTITUTIONNELLE HORS CSBM	**6 403**	**5 727**	**5 679**	**5 818**	**5 745**	**5 812**	**6 040**	**6 115**	**1,2**	**-0,5**

***** Concernent uniquement les dépenses de vaccinations « organisées » financées par les collectivités locales et le FNPEIS. Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), la consommation de vaccins se monte à environ 0,5 milliard d'euros en 2016. Le solde, financé par l'Assurance maladie et les ménages, est inclus par ailleurs dans la CSBM.***

***** Ces différents postes ne couvrent pas l'ensemble des actions de prévention relevant de ces thématiques. En effet, lorsqu'elles ne peuvent être isolées compte tenu de la granularité des sources disponibles, des actions relatives à ces items peuvent également être comptabilisées dans d'autres postes de la prévention institutionnelle (en particulier « autres actions d'information, promotion et éducation à la santé » ou encore « actions de dépistage »).***

****** IST : infections sexuellement transmissibles.***

******* Ces dépenses de prévention (vaccins, dépistages, etc.) réalisées au niveau individuel (i.e. en dehors du cadre institutionnel) sont incluses dans la CSBM. Elles sont retracées dans cette fiche mais non comptabilisées dans le poste de dépense « Prévention » de la DCS (voir tableaux détaillés).***

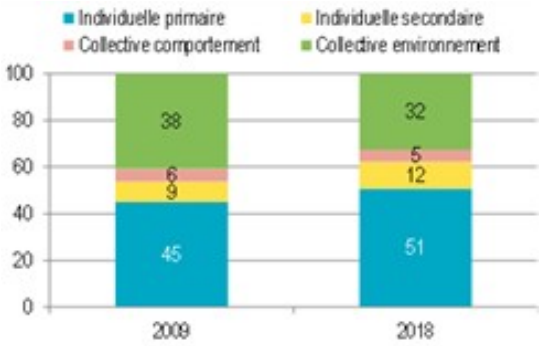
Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données diverses (DGS, CNAM, CCMSA, RSI, ANSP (ex-INPES), ministère de l'Éducation nationale, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, DGCL, etc.).

La prévention individuelle concerne les actions dont bénéficient individuellement des personnes.

La prévention individuelle primaire (50,7 % de la prévention institutionnelle en 2018) vise à éviter l'apparition ou l'extension d'états de santé indésirables (***graphique 1***). La médecine du travail, qui représente plus de la moitié de ces dépenses, reste stable par rapport à 2017.

Les actions de la protection maternelle et infantile (PMI) et des centres de planification et d'éducation familiales, ainsi que la médecine scolaire, sont aussi incluses dans la prévention primaire. Enfin, la vaccination organisée représente près de 4,0 % des dépenses de prévention individuelle primaire.

***Graphique 1** : dépenses de prévention institutionnelle*
Structure



Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données diverses (DGS, CNAM, CCMSA, RSI, ANSP (ex-INPES), ministère de l'Éducation nationale, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, DGCL, etc.).

La prévention individuelle secondaire (11,6 % de la prévention institutionnelle en 2018) vise à repérer les maladies ; le dépistage en est l'exemple type.

Le dépistage organisé concerne les tumeurs, les infections sexuellement transmissibles (IST) y compris le VIH/sida et les hépatites, la tuberculose, ou d'autres pathologies comme la maladie d'Alzheimer, les troubles mentaux, etc. Les différents plans Cancer qui se sont succédé ont permis de mettre l'accent sur le dépistage des tumeurs : les dépenses associées s'élèvent à près de 150 M€ en 2018 et ont quasiment doublé depuis 2003.

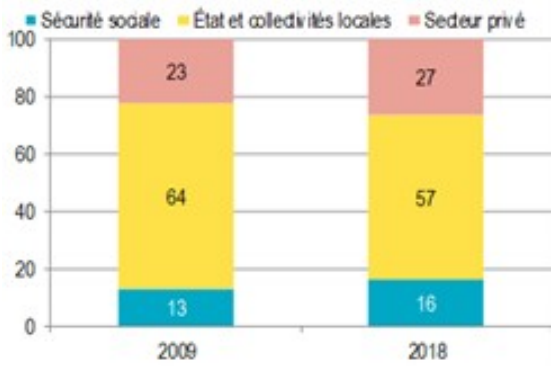
La prévention individuelle secondaire comprend également les bilans de santé réalisés en centres de santé financés par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) et par les collectivités locales ainsi que les bilans bucco-dentaires.
Le budget consacré à ces derniers a plus que triplé entre 2003 et 2018, porté par la campagne MTdents à destination des jeunes de 3 à 24 ans et, depuis 2013, des femmes enceintes
La prévention collective correspond aux dépenses non imputables au niveau individuel composées de :

- la prévention collective à visée environnementales (32 % de la prévention institutionnelle en 2018, ce qui inclut l'hygiène du milieu, la prévention des accidents du travail, les dispositifs et organismes de surveillance, de veille ou d'alerte ou encore ceux mobilisés en cas d'urgence ou de crise, ainsi que la sécurité sanitaire de l'alimentation) ;
- la prévention collective à visée comportementale (5,2 % de la prévention institutionnelle en 2018), qui comprend différents programmes mis en place dans le but de participer à l'information et à l'éducation à la santé auprès de la population sur différentes thématiques (drogues, alcool, tabac, maladies infectieuses, vaccinations, nutrition, etc.). Ces programmes soutiennent par exemple les actions destinées à promouvoir la nutrition et l'activité physique, dont fait partie le Programme national nutrition santé (PNNS).

L'Etat et les collectivités locales sont les principaux financeurs de la prévention institutionnelle.

En 2018, l'État et les collectivités locales financent 57 % des actions de prévention institutionnelle, la Sécurité sociale 16 % et le secteur privé 27 % ***(graphique 2***). Toutefois, le secteur privé est le principal financeur de la prévention primaire (49 %) du fait des crédits accordés à la médecine du travail. La Sécurité sociale finance des actions relevant de chacune des grandes catégories, mais surtout la prévention secondaire (via le FNPEIS). L'État et les collectivités locales restent les principaux financeurs de la prévention collective puisqu'ils financent plus de 81 % de ses actions

***Graphique 2** : dépenses de prévention institutionnelle*
Financement



Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données diverses (DGS, CNAM, CCMSA, RSI, ANSP (ex-INPES), ministère de l'Éducation nationale, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, DGCL, etc.).

La Sécurité sociale finance une part un peu plus importante que par le passé de la prévention institutionnelle (16 % en 2018 contre 13 % en 2019). La mise en place du fonds d'intervention régional (FIR) en 2012, financé principalement par la SS en 2018, a largement contribué à la prévention des maladies, à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé et à la sécurité sanitaire.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 fait de la prévention le cœur du système de santé. La priorité est mise sur les addictions (tabac, alcool), notamment avec la création en 2017 d'un Fonds de lutte contre le tabac dont les actions visent entre autres à éviter l'entrée des jeunes dans le tabagisme .
La promotion de la santé et la prévention sont un des axes prioritaires de la Stratégie nationale de santé 2018-2022.

La prévention institutionnelle ne comptabilise pas les actes préventifs réalisés lors de consultations médicales ordinaires, inclus par ailleurs dans la CSBM. Une estimation partielle de la prévention non institutionnelle sur les soins de ville a abouti à une dépense de 9,1 Md€ pour 2016 (voir « *Comptes partiels de la prévention 2012-2016* » dans l'édition 2018 de cet ouvrage).

De nouvelles données ont permis une estimation plus juste des dépenses des collectivités locales en faveur de la prévention. Les séries correspondantes ont été rétropolées en conséquence

II. LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LE PLAN NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Le rôle central de la prévention dans la SNS découle du profil épidémiologique de notre pays et de ses évolutions prévisibles (notamment le vieillissement de la population et la croissance des maladies chroniques). Si les indicateurs démographiques de santé montrent que l'espérance de vie en France est l'une des meilleures au monde, l'espérance de vie sans incapacité et la mortalité prématurée demeurent cependant perfectibles et les inégalités de mortalité et de morbidité entre hommes et femmes, entre territoires et groupes sociaux persistent.

Le Gouvernement a donc pour objectif de mettre en place **une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie**. La SNS constitue le cadre de la politique de santé du Gouvernement pour la période 2018-2022.

II.1.1 La stratégie interministérielle dont la mise en œuvre sera évaluée

- **Les quatre défis majeurs auxquels la stratégie nationale de santé doit répondre**

La SNS a vocation à répondre aux grands défis que rencontre notre système de santé, en particulier les quatre problèmes majeurs identifiés par le rapport du Haut Conseil de santé publique (HCSP) de 2017 [2], à savoir **les risques sanitaires liés à l'exposition aux polluants et aux toxiques**, **l'exposition de la population aux risques**

infectieux, **l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et l'adaptation du système de santé aux nouveaux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux**.

La priorité qu'elle donne à la promotion de la santé et à la prévention implique des déclinaisons notamment à l'école, dans l'entreprise, dans les administrations, au sein des forces armées, dans les établissements de santé ou médico-sociaux, dans les structures d'accompagnement social ainsi que dans les lieux de prise en charge judiciaire et les lieux de privation de liberté. Il s'agit non seulement de promouvoir des comportements individuels (alimentation saine et équilibrée, activité physique régulière, prévention des pratiques addictives, vaccination, promotion de l'éducation à la sexualité) mais aussi de maîtriser les risques associés aux environnements et à leurs évolutions (promotion des conditions de vie et de travail favorables à la santé, réduction de l'exposition aux pollutions et aux habitats indignes, développement d'une politique de repérage, de dépistage et de prise en charge précoces des pathologies chroniques).

- **Sa mise en œuvre et ses modalités d'évaluation**

La SNS est mise en œuvre, d'une part, à travers **les plans et programmes nationaux**, dont la cohérence est notamment assurée par le Plan national de santé publique, et, d'autre part, par **les projets régionaux de santé** et d'autres outils régionaux.

La SNS et les plans et programmes nationaux (PNLT [3], PNSE3[4], PNST [5], etc.) donnent lieu à un suivi annuel ainsi qu'à des évaluations pluriannuelles, permettant d'apprécier les résultats sanitaires obtenus et l'impact sanitaire, social et économique de ces plans et programmes au regard des ressources mobilisées, et d'en tirer les enseignements nécessaires à l'adaptation des politiques publiques. Les résultats de suivi annuel et les évaluations sont soumis pour avis à la Conférence nationale de santé (CNS) et au HCSP, avant d'être rendu publics.

Son volet financier s'inscrit par ailleurs dans un cadre fixé par le Gouvernement pour un rétablissement durable de la situation des finances publiques. La SNS est articulée avec le plan d'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sur la période 2018-2022, qui vise à renforcer l'efficience du système de santé et à garantir la soutenabilité des dépenses de santé, impérative condition au maintien de l'accès de tous à des soins de qualité.

Ce plan ONDAM 2018-2022 priorise les actions de prévention notamment au titre des économies qu'elles peuvent générer sur la période.

Deux axes sont privilégiés : d'une part, éviter l'apparition de maladies génératrices de dépenses dynamiques et d'autre part, limiter l'augmentation de consommation de soins en renforçant la prévention secondaire et tertiaire. Le premier axe priorise la lutte contre la grippe saisonnière, la lutte contre l'hépatite C, la lutte contre l'apparition des troubles anxio-dépressifs et la consommation de psychotropes, la prévention des maladies vectorielles, la lutte contre les infections à transmission vectorielle, la lutte contre l'apparition de cancers cutanés ou encore la lutte contre le tabac. Le second axe cible prioritairement la lutte contre les cancers avec les dépistages renforcés, la prévention du diabète de type 2 et le dépistage en milieu scolaire et hors milieu scolaire.

Parallèlement, le Gouvernement instruit l'intégration prochaine de la valorisation des pratiques de prévention dans le modèle de financement à la qualité des établissements de santé.

II.1.2 Le Plan national de santé publique, une volonté gouvernementale d'investir dans la promotion de la santé et la prévention

Cette priorité se concrétise au niveau national par la création du premier PNSP, plan « *Priorité prévention 2018-2022* », qui promeut les comportements et les environnements de vie favorables à la santé pour prendre en considération l'individu et son parcours. Ce plan est actualisée chaque année lors de la réunion du Comité interministériel pour la santé (CIS) : 10 nouvelles mesures phares ont été ainsi annoncées par le Premier Ministre le 25 mars 2019.

Le PNSP s'organise autour d'une approche chronologique (grossesse et 1 000 premiers jours de vie, enfants et jeunes, adultes de 25 à 65 ans, bien vieillir), de manière à intervenir le plus précocement possible et cible certains groupes populationnels en fonction de leurs conditions de vie et de leur état de santé (publics les plus exposés au virus de l'hépatite C, personnes en situation de handicap, personnes âgées isolées ou précaires). Le PNSP bénéficie

d'un suivi trimestriel mis en place pour les mesures phares et d'un suivi annuel ou bi-annuel pour les autres mesures via le Comité permanent restreint (CPR) du CIS. Le HCSP est quant à lui en charge de son évaluation.

Un premier rapport d'évaluation montre la bonne cohérence du PNSP face aux priorités de la SNS et aux objectifs européens de développement durable ainsi que la pertinence de son approche chronologique et multisectorielle.

- **Un bilan positif pour 2018 et des ambitions nouvelles pour 2019**

Bilan 2018

Le bilan à un an des 25 mesures phares adoptées lors du CIS de 2018 permet d'ores et déjà d'évaluer leurs effets positifs.

Les chiffres sur la prévalence de la consommation de tabac confirment l'efficacité conjointe des différentes mesures prises par les pouvoirs publics pour lutter contre le tabac : 29,4 % en 2016, 26,9 % en 2017, 25,4 % en 2018 soit **1,6 million de fumeurs quotidiens en moins en 2 ans.**

Près de 20 % de l'offre alimentaire est désormais couverte par l'indicateur de qualité nutritionnelle des produits, **le nutri-score**. Parmi la centaine d'entreprises engagées, on dénombre de grands distributeurs, de grandes entreprises agroalimentaires mais aussi des petites entreprises, toutes employant le nutri-score dans toutes les catégories d'aliments.

Faisant suite à l'extension vaccinale de 3 à 11 vaccins de la petite enfance, le nombre d'enfants vaccinés progresse et permet une meilleure protection contre les maladies infantiles**.** Ainsi, 98,6 % des nourrissons nés en 2018 et âgés de 7 mois ont reçu leur première vaccination en utilisant les vaccins hexavalents (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, Haemophilus influenzae de type B et hépatite B) contre 93,1 % pour ceux nés en 2017, au même âge, soit un gain de 5,5 points.

La couverture vaccinale de la 1ère dose de vaccin contre les infections à méningocoque C est estimée à 75,7 % alors qu'elle n'était que de 39,3 % pour la même période en 2017.

Au cours de l'année scolaire 2017-2018, 63 % des élèves ont été formés ou sensibilisés aux gestes de premiers secours, soit 15 % de plus que l'année précédente.

Lancé à la rentrée universitaire 2018-2019**, le service sanitaire a été mis en place dans l'ensemble des régions de France** : 48 000 étudiants en santé (filières de médecine, odontologie, pharmacie, maïeutique, sciences infirmières et masso-kinésithérapie) à mobiliser dans plus de 13 000 lieux d'accueil.

Depuis le 1er mars 2019, **20 consultations obligatoires de 0 à 18 ans et prises en charge à 100 % par l'assurance maladie,** ont été déployées permettant dorénavant le suivi préventif complet des enfants, avec notamment la surveillance du déploiement physique, psychoaffectif et neuro-développemental, le repérage des décrochages en termes de poids afin d'identifier les risques d'obésité, le repérage des troubles auditifs de l'adolescent ou encore le repérage des signes d'endométriose pour les jeunes femmes mineures.

Les mesures phares 2019

En France, près de la moitié des adultes et 17 % des enfants sont en surpoids et respectivement 17 % et 4 % des personnes souffrent d'obésité. Par ailleurs, de nombreuses personnes âgées souffrent de dénutrition, particulièrement en institution ou en milieu hospitalier.

Mettant un accent prioritaire sur l'activité physique, l'alimentation et la lutte contre l'obésité, l'édition 2019 du CIS a permis de mettre en lumière des nombreuses actions prises, des résultats marquants et l'annonce de mesures fortes dans les champs que couvre la prévention : nouveaux repères nutritionnels, réduction du sel dans les produits alimentaires dont le pain, création de maisons sport-santé, développement de l'activité physique adaptée, feuille de route obésité, etc.

Sur adresse suivante:
(https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/comite-interministeriel-pour-la-sante)

D'autres mesures concernent la prévention médicalisée : accès aux dépistages des cancers pour les personnes en situation de handicap hébergées en établissement, prise en charge par l'assurance maladie des TROD angine réalisés en pharmacie d'officine, permettre aux médecins scolaires de prescrire, à titre préventif, des actes et produits remboursables par l'Assurance maladie, etc.

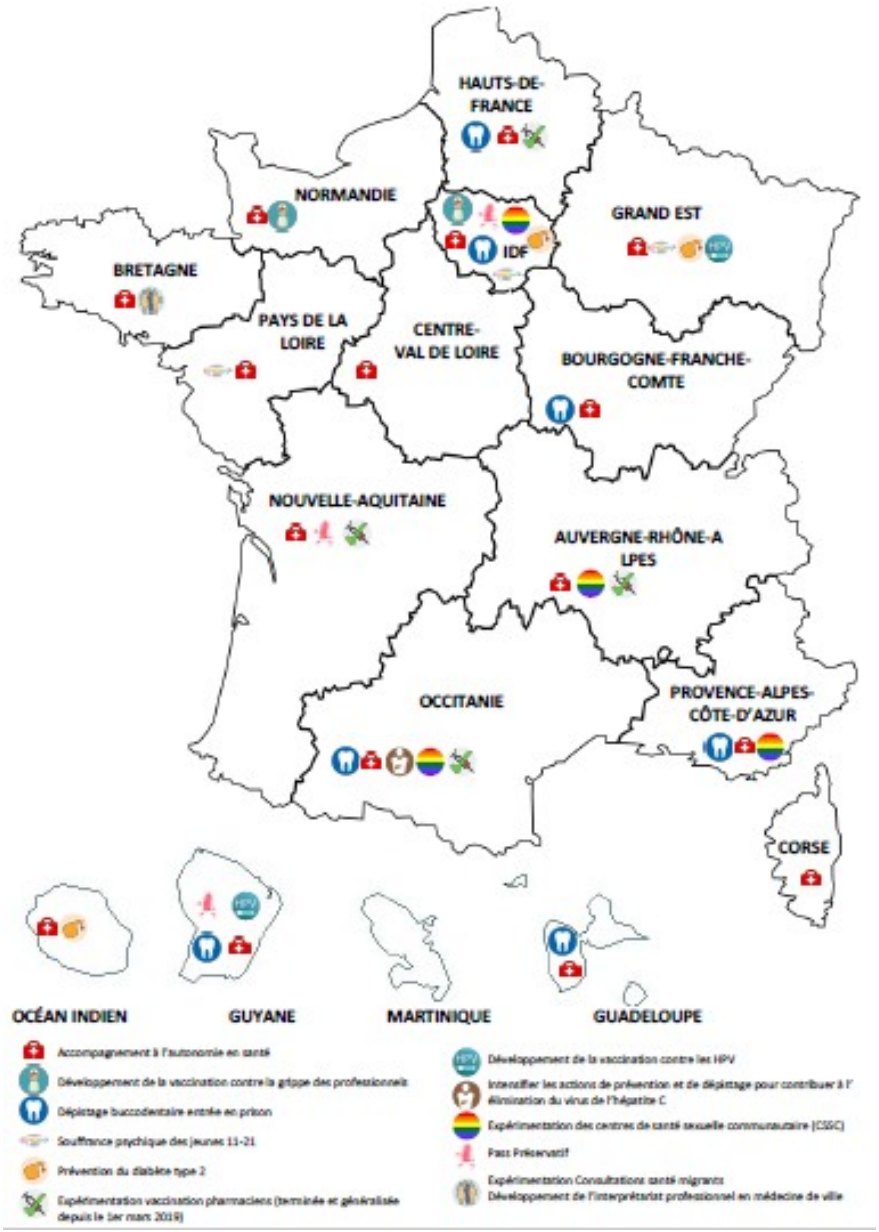
Perspectives 2020

A l'occasion des rencontres Nationales santé-environnement, les 14 et 15 janvier 2019, la ministre des Solidarités et de la Santé et le ministre de la Transition écologique et solidaire ont annoncé le lancement des travaux d'élaboration du **Plan « *Mon environnement, Ma santé* ».**
De plus, sur proposition des ministres des Solidarités et de la Santé et du Travail, les partenaires sociaux ont engagé un travail de réflexion afin d'identifier les contours d'une **future réforme de la santé au travail** visant à développer une réelle culture de la prévention des risques professionnels.

Enfin, le PNSP qui mobilise et implique les acteurs intervenant dans le parcours des enfants vise en particulier à réduire les inégalités de santé dès le plus jeune âge. Parmi ces acteurs, **les services départementaux de protection maternelle infantile** (PMI) jouent un rôle clé dans les politiques de santé auprès de toutes les familles et notamment les plus vulnérables. Le rapport Peyron missionné par le Premier ministre a permis de faire des propositions pour conforter la PMI dans ses missions de prévention de la santé.
De même, un rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de 0 à 6 ans, rédigé par Mme la députée Rist et le Dr Barthet-Derrien, a permis de proposer un parcours santé qui repose sur le lien entre les services de santé scolaire, les services de PMI et la médecine de premier recours sur le territoire concerné.

- **Principales expérimentations proposées en régions en 2018**

Les stratégies de prévention nationales en matière de santé se sont déployées au niveau régional en 2019 comme le montre la ***carte suivante*** sur les expérimentations régionales en matière de prévention en 2018 et 2019 :



Source : DGS

A titre d'exemple, la vaccination contre la grippe saisonnière en pharmacie d'officine est généralisée sur tout le territoire pour la campagne 2019-2020 conformément à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 (article 59 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018).

L'expérimentation qui a débuté en 2017-2018 dans deux régions Auvergne-Rhône Alpes et Nouvelle Aquitaine puis étendue aux Hauts de France et à l'Occitanie pour la saison 2018-2019, a permis la vaccination de près de 750 000 personnes dot 24 % de primo-vaccinés. 76 % des pharmacies des régions expérimentatrices ont participé (soit 60 % des pharmaciens) garantissant une couverture vaccinale pour ces régions, supérieure à la moyenne nationale (-47,6 % contre 46,8 % France entière ou 47 % dans les autres régions).

- **Une stratégie de dépistage organisé des cancers menée en région**

Concernant les dépistages organisés des cancers, en 2018, les ARS et la CNAM ont co-financé respectivement à hauteur de 38 M€ (contre 37, 3 M€ en 2017) le fonctionnement des structures de gestion en charge des programmes de dépistage organisé du cancer qui portent sur le cancer du sein, le cancer colo-rectal et le cancer du col de l'utérus.

L'assurance maladie co-finance en effet le fonctionnement de ces structures ainsi que les tests associés à ces dépistages.

Depuis le 1er janvier 2019, le dispositif des dépistages des cancers est organisé au niveau régional.

- **Dépistage organisé du cancer du sein**.

Depuis 2004, un programme de dépistage organisé a été généralisé afin de proposer de façon systématique une mammographie de dépistage du cancer du sein, tous les deux ans, à toutes les femmes de 50 ans à 74 ans (dites à risque « moyen »). Pour les femmes à risque aggravé, des modalités de dépistage et de suivi ont été définies par la Haute Autorité de Santé (HAS). Chaque femme doit donc se voir proposer par son médecin traitant une modalité de dépistage ou de suivi adapté à son niveau de risque.

En 2018, le taux de participation des femmes dans la cible au programme de dépistage s'est établi à 50,3 % contre 49,9 % en 2017 [6]..

- **Dépistage organisé du cancer colorectal**

Depuis 2008, a été mis en place en France un dépistage du cancer colorectal pour les personnes à risque moyen entre 50 et 74 ans pour les inviter, tous les 2 ans, à en parler avec leur médecin qui leur remet un kit de dépistage, à faire chez soi. Depuis 2015, ce programme bénéficie d'un test immunologique plus simple et plus efficace.

En 2018, le taux de participation des personnes dans la cible au programme de dépistage s'est établi à 32,1 % contre 33,5 % en 2017 [7]. Devant le constat d'une participation insuffisante, un nouvel arrêté paru le 19 mars 2018 élargit les modalités de remise des kits de dépistage à la population cible afin de favoriser la participation. D'autres modalités de remise du kit aux personnes concernées sont en cours de réflexion.

- **Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus**

La prévention du cancer du col de l'utérus repose sur la vaccination des jeunes filles dès 11 ans puis sur la réalisation d'un dépistage de 25 à 65 ans. Aujourd'hui, ce cancer touche prioritairement des femmes en situation de précarité qui se font moins dépister. L'enjeu est de permettre à ces femmes les plus à risque de développer un cancer, d'accéder à ce dépistage et donc d'inviter 40% des femmes ne réalisant pas spontanément de frottis depuis 3 ans, soit 7 millions de femmes.

Le dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) est réalisé par un médecin ou une sage-femme. La généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, consistant à proposer aux femmes entre 25 et 65 ans de réaliser un frottis tous les trois ans – une des mesures du plan cancer 2014-2019 - est en cours suite aux expérimentations réussies et aux phases de préfiguration en 2016 et 2017.

L'arrêté généralisant ce nouveau programme est paru le 4 mai 2018. Le déploiement du programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus est en cours : les invitations ont eu lieu en Martinique et débuteront progressivement dans les autres territoires à compter de septembre 2019. **La première évaluation de l'impact de ce programme portera sur l'année 2019 et sera produite début 2020 par Santé publique France.** Il s'agira de chiffrer le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus (individuel et dans le cadre du programme de dépistage).

II.1.3 Améliorer la qualité et la pertinence des actions et programmes de prévention

La prise de décision en santé publique doit pouvoir intégrer des connaissances fiables et contextualisées (coût et efficacité des actions/programmes en moyenne et en dispersion, qualité et reproductibilité des évaluations, etc.), que ces connaissances soient issues de l'observation et de la surveillance, de la recherche, ou qu'elles proviennent d'une évaluation rigoureuse des actions et programmes déjà mis en œuvre sur le territoire ou de recherches interventionnelles.

Si ces connaissances sont aujourd'hui nombreuses, elles restent trop souvent parcellaires, non suffisamment centralisées et finalement d'un accès relativement coûteux (en temps de recherche, de compréhension, de synthèse ainsi qu'en ressources financières pour les acquérir).

En matière de prévention, la recherche française reste peu investie dans l'analyse des déterminants de la santé et des effets des interventions au niveau des populations.

Une initiative en santé publique pour l'interaction de la recherche, de l'intervention et de la décision (**Inspire-ID**) a donc été créée en 2016 sous l'égide de la Direction générale de la santé (DGS) autour des principaux acteurs et institutions de la prévention [8]. Cette initiative, dont les travaux seront poursuivis et approfondis en 2020, contribuera à améliorer la qualité des programmes et actions en santé publique par le biais de deux leviers :

1. création d'un portail des données probantes et prometteuses (pilote : Santé Publique France, (SpF)) ;
2. amélioration de la collaboration acteurs de terrain/chercheurs/décideurs (pilote : IReSP) ;

Afin d'aider les acteurs locaux et les décideurs, SpF a ainsi ouvert fin 2018, sur son site institutionnel, une plateforme recensant les interventions en prévention et promotion de la santé, considérées comme probantes et prometteuses. Ces interventions sont organisées par grands domaines thématiques. A ce jour plus de 80 interventions y sont recensées, réparties sur 14 programmes. Ce catalogue thématique a vocation à être enrichi régulièrement des interventions probantes et prometteuses menées en France mais aussi à l'étranger.

II.2 DES FONDS QUI PERMETTENT LE FINANCEMENT D'ACTIONS DE PRÉVENTION INSTITUTIONNELLE

II.2.1 L'exemple du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires

- **Missions et gouvernance**

Créé par la loi du 5 janvier 1988 et mis en application par le décret du 18 mai 1989, **le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS)** est géré par **la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).**

Le FNPEIS vise à mettre en œuvre, gérer et assurer le financement d'actions de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires propres à améliorer l'état de santé général de la population. Le programme cadre du FNPEIS, valable sans limitation de durée, est fixé par arrêté du 28 janvier 1993 et répertorie les actions du fonds en **deux grandes catégories** : **les actions d'envergure nationale** et **les actions pilotes ou expérimentales menées à l'échelon départemental en vue d'une généralisation**.

Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) conduisent les actions locales dans le cadre d'un multi partenariat associant les réseaux de partenaires nationaux et locaux (professionnels de santé, agences régionales de santé (ARS), SpF, conseils généraux et associations). La CNAM est ainsi en mesure de mener ses actions de prévention dans le cadre défini par la SNS et selon ses priorités issues notamment de son rapport « charges et produits ».

- **Faits marquants de l'année 2018 et perspective pour 2019**

Le montant des dépenses du FNPEIS en 2018 s'établit à 348 M€, soit une augmentation de plus de 3 % des dépenses par rapport à 2017 à périmètre constant. La prévision 2019 s'établit à 381 M€, en augmentation de 8,9 %.

II.2.2 L'exemple du fonds de lutte contre le tabac – fonds de lutte contre les addictions

- **Missions et gouvernance**

Créé **par le décret n°2016-1671 du 5 décembre 2016 au sein de la CNAM,** le Fonds de lutte contre le tabac contribue au financement des actions locales, nationales et internationales en cohérence avec le PNLT.

Ces actions ont vocation à répondre à quatre orientations stratégiques : protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme, aider les fumeurs à arrêter de fumer, amplifier certaines actions auprès de publics prioritaires, dans une volonté de réduire les inégalités sociales de santé et soutenir la recherche appliquée et l'évaluation des actions de

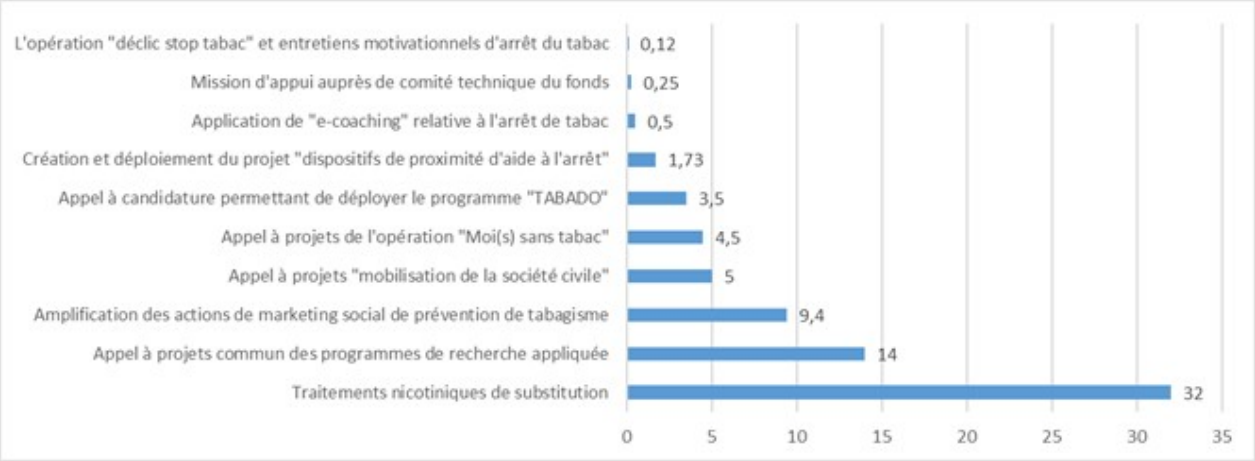
prévention et de prise en charge. Il permet de définir un cadre de financement stratégique qui s'est traduit en 2018 par un plan d'actions formalisé dans l'arrêté interministériel du 18 juin 2018.

Deux instances sont chargées de coordonner et d'évaluer l'ensemble des actions financées par le fonds : le conseil de gestion présidé par le directeur général de la CNAM et un comité technique chargé de préparer les avis soumis au conseil.

- **Faits marquants de l'année 2018 et perspective pour 2019**

Résultats 2018

Au total, ce sont en 2018**, 71 M€ qui ont été attribués pour les actions pilotées à l'échelle nationale**, dont la décomposition est présentée dans le graphique suivant sur les actions nationales fiancées par le fonds natioanle de lutte contre le tabac en 2018 (en M€), et **29 M€ à l'échelle régionale**.



Source : CNAM, Fonds de lutte contre le tabac, Bilan des actions financées en 2018, juin 2019

Les actions financées par le fonds de lutte contre le tabac en 2018 ont permis de traduire en actions les priorités du PNLT et de les porter au plus près des populations et de leurs besoins, en mobilisant l'ensemble des acteurs (associations, professionnels de santé, établissements sociaux et médico-sociaux, établissements sanitaires, établissements scolaires, collectivités, organismes d'assurance maladie…) sur des typologies d'actions et d'interventions variées : déploiement de programmes validés aux niveaux national et/ou international, projets de recherche, campagnes de communication, actions de terrain en lien avec les collectivités locales (parcs, plages, terrasses sans tabac, etc.), production d'outils à destination des professionnels de santé, développement des programmes de compétences psycho-sociales (CPS), etc.

Dans ce cadre, **le fonds a notamment permis de structurer et de soutenir le développement des établissements de santé sans tabac, orientation prioritaire des appels à projet régionaux pour 2018.**

L'objectif du PNLT est d'amener sur la période 2018-2022 au moins 50 % des établissements de santé publics et privés à adopter cette démarche. Cet effort vise prioritairement les établissements qui ont une activité « *femme, mère, nouveau-né, enfant* » et les établissements de soins autorisés à traiter les patients atteints d'un cancer. 78 projets en ce sens ont été soutenus.

Les actions mises en place ont également permis d'accompagner les publics identifiés comme prioritaires dans la lutte contre le tabac : jeunes en situation d'insertion / de vulnérabilité, femmes enceintes, publics socialement défavorisés, personnes souffrant de troubles psychiatriques, personnes souffrant de maladies chroniques, personnes placées sous-main de justice, professionnels de santé.

Le fonds a également comporté un volet important de soutien à la recherche sur le tabagisme et l'aide à l'arrêt, piloté par l'Institut national du cancer (INCa) et l'Institut de recherche en santé publique (IRESP) qui permettra

de consolider la connaissance dans ces domaines et appuyer les orientations de politique publique dans les années à venir.

Perspectives pour 2019

Les orientations stratégiques de la politique nationale de lutte contre le tabac et les consommations à risque des autres substances psychoactives, alcool et drogues, ont été déterminées pour les années à venir, par le Gouvernement, dans le plan national de lutte contre le tabac 2018-2022 et le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022.

Les facteurs de risque d'addictions étant généralement multiplicatifs, il est apparu nécessaire de favoriser une stratégie globale qui intègre aussi bien les différents produits concernés (en particulier tabac, alcool, cannabis) que les diverses modalités d'intervention : information, communication, intervention précoce, réduction des risques et des dommages, renforcement des compétences psychosociales.

Dans ce sens, afin de permettre le renforcement de la prévention des addictions dès le plus jeune âge, **le Gouvernement a décidé d'élargir le périmètre d'intervention** du fonds national de lutte contre le tabac **à l'ensemble des addictions et d'y affecter le produit de l'amende forfaitaire pour usage de stupéfiants, prévue dans le projet de loi de programmation pour la justice.**

Ce fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives, dont les modalités d'action sont précisées par **le décret n° 2019-622 du 21 juin 2019**, est géré par **la Caisse nationale d'assurance maladie**. La gouvernance est renouvelée avec un comité d'orientation stratégique, ouvert notamment à la société civile, et un comité restreint, composé du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), du directeur de la sécurité sociale (DSS), du directeur général de l'offre de soins (DGOS), du directeur général de la santé (DGS) et du président de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA).

Il est doté de 120 M€ en 2019 (arrêté du 2 août 2019) qui viendront soutenir la lutte contre les addictions, avec notamment :

- plus de 46 M€ investis dans l'aide à l'arrêt du tabac.
- 32 M€ pour soutenir des projets en régions.
- près de 18 M€ pour les projets nationaux de la société civile.
- pus de 13 M€ investis dans la recherche.
- 11 M€ pour la mise en place de nouvelles campagnes de marketing social.

II.2.3 Le fonds d'intervention régional (FIR) : levier pour le financement de la politique régionale de santé

- **Objectifs et missions du FIR**

Le FIR, créé par **l'article 65 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012,** regroupe des moyens auparavant dispersés et destinés à des politiques proches ou complémentaires dans le domaine de la performance, de la continuité et de la qualité des soins ainsi que de la prévention [9]. Ce regroupement a pour but d'assouplir la gestion de ces moyens en les rassemblant dans une enveloppe unique répartie par région, afin de permettre aux ARS de les gérer de manière efficiente en tenant compte des spécificités locales.

Dans un contexte de fortes contraintes budgétaires, le FIR vise à redonner aux ARS, par une plus grande souplesse de gestion, de nouvelles marges de manœuvre dans l'allocation des crédits et à leur offrir des leviers renforcés au service d'une stratégie régionale de santé déclinant les objectifs nationaux de santé. Le fonds doit également permettre aux ARS d'optimiser la dépense, l'objectif étant de passer d'une logique de moyens et de financements « *fléchés* » à une logique d'objectifs et de résultats.

Dans le cadre de la LFSS 2014, un sous-objectif retraçant les dépenses d'assurance maladie relatives au FIR au sein de l'ONDAM a été créé pour permettre un meilleur pilotage et une meilleure visibilité de ce dispositif.

Dans le cadre de l'article 56 de la LFSS 2015, le fonds voit ses missions restructurées en cinq axes stratégiques :

1. à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;

2. à l'organisation et à la promotion des parcours de santé coordonnés, ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;
3. à la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;
4. à l'efficience des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
5. au développement de la démocratie sanitaire.

Depuis le 1er janvier 2016, les ARS assurent la gestion intégrale du circuit de dépense au titre du FIR, à l'exception des dépenses que les CPAM payent directement aux professionnels de santé. Cette nouvelle organisation du FIR repose sur la création au sein des ARS d'un budget annexe dédié à la gestion de ce fonds.

Ceci permet de sécuriser la chaîne de la dépense et de gérer de manière pluriannuelle des crédits conformément à l'objectif du fonds de mener à bien des opérations de transformation du système de santé.

- **Modalités et niveau de financement du FIR**

Les ressources du FIR sont constituées d'une dotation de l'assurance maladie, d'une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et le cas échéant d'autres sources de financement prévues par voie législative ou réglementaire [10].

Le sous-objectif relatif au FIR présenté **dans le projet de loi de financement relative à l'année 2018 s'élevait à 3 377 M€, en augmentation de 3,1 % par rapport à l'objectif 2017** après neutralisation des opérations de périmètre et des opérations de fin de gestion 2017.

- **Evolution des dépenses**

Le montant des dépenses d'assurance maladie déléguées aux ARS au titre du FIR s'est élevé à 2 959 M€ en 2013, 3 045 M€ en 2014, 3 015 M€ en 2015, 2 996 M€ en 2016, 3 240 M€ en 2017 [11], 3 332 en 2018 et 3 442 M€ en 2019 (donnée provisoire pour 2019 correspondant à la dernière délégation connue).

Au total, en intégrant les ressources FIR issues de la CNSA, de crédits Etat jusqu'en 2016 et de divers fonds (FNPEIS, fonds de lutte contre le tabac), le montant délégué aux ARS s'est élevé à 3 170 M€ en 2013, 3 252 M€ en 2014, 3 239 M€ en 2015 et 3 244 M€ en 2016, 3 370 M€ en 2017, 3 495 M€ en 2018 et 3 603 M€ en 2019 (donnée provisoire au 2 août 2019 correspondant à la dernière délégation connue).

Plus particulièrement, le FIR permet de financer les actions des ARS au titre de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie.

Il s'agit notamment :

- des actions de pilotage régional et de soutien dans le domaine de la prévention et de l'observation en santé, de l'évaluation des programmes de santé et de la diffusion des bonnes pratiques ;
- des actions en matière d'éducation pour la santé (notamment l'éducation thérapeutique des patients) et de prévention des maladies, des comportements à risque ainsi que la promotion d'environnements favorables à la santé ;
- des actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles ;
- des actions tendant à la prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie, notamment les consultations mémoire, à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux conseillers départementaux.

En 2018, **les dépenses pour ces actions de la mission 1 du FIR se sont élevées à 594 M€ en AE et 581 M€ en CP.** Le taux de progression des dépenses de 12,8 % entre 2017 (515 M€) et 2018 (581 M€) était de 7,57 % l'année précédente (479 M€ en 2016), s**oit une augmentation de 21,3 % sur la période 2016 – 2018.**

Les dépenses de la mission 1 du FIR représentent 16,3 % des crédits comptabilisés sur le FIR.

La part des dépenses de la mission 1 augmente de 1,9 point entre 2016 et 2018. Les cinq principales actions financées en 2018 ont été les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (91 M€), l'éducation thérapeutique du patient (84 M€), les consultations mémoires (62 M€), les structures assurant la gestion des dépistages organisés des cancers (38 M€) et la promotion de la santé des populations en difficulté (31 M€), soit un total de 306 M€ représentant 52,6 % des dépenses de l'année (581 M€).

L'investissement en prévention institutionnelle par l'Assurance maladie est sensible sur la période récente (passage de 1037 à 1082 M€ de 2017 à 2018) et **produit déjà des effets en matière de santé publique.** Sous toutes réserves, et notamment celui de l'exécution 2019 et des arbitrages qui seront in fine retenus dans le cadre du PLFSS 2020, des hypothèses prudentes permettent cependant de projeter cette même dynamique sur 2020 si l'on considère le seul périmètre des trois fonds décrits plus hauts, ie, FNPEIS, FLCA, et FIR [12].

[*1] La prévention institutionnelle ne comptabilise pas les actes préventifs réalisés lors de consultations médicales ordinaires, inclus par ailleurs dans la Consommation de Soins et de Biens Médicaux.*

***[2]** Stratégie nationale de santé, contribution du Haut Conseil de la santé publique, collection avis et rapports, septembre 2017.*

***[3]** Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022.*

***[5]** Plan santé environnement 2015-2019.*

***[5]** Plan santé au travail 2016-2020.*

[6] Le taux de participation est calculé par l'ANSP sur la base des données fournies par les structures de gestion.

À noter que de nouvelles cibles nationale et régionales sont proposées dans le cadre des nouveaux CPOM des ARS ; L'atteinte d'un taux de participation de 60 % est fixée pour 2022. En effet, le plan de rénovation (en cours) du programme de dépistage organisé du cancer du sein devrait lui donner une nouvelle impulsion en réponse à la stagnation du taux de participation enregistré depuis plusieurs années

[7] Le taux de participation est calculé par l'ANSP sur la base des données fournies par les structures de gestion.

Les cibles nationale et régionales revues dans le cadre des nouveaux CPOM des ARS prévoient une atteinte de la cible de 50% en 2022.

[8] EHESP, SpF, INCa, Mildeca, FNES, HCSP, HAS, SFSP, ARS, SGMAS, IRESP, etc.

[9] La prévention comprend les actions de vaccination, de dépistage, de lutte antituberculeuse, de nutrition, d'éducation thérapeutique du patient etc.

[10] Jusqu'en 2016, une dotation de l'Etat (programme 204) venait compléter les ressources du fonds.

[11] L'augmentation importante en 2017 par rapport aux années précédentes s'explique par l'intégration des crédits Etat au titre de la prévention au sein de la dotation d'assurance maladie.

[12] Pour 2019, budgétisation prévisionnelle du FNPEIS à hauteur de 381M€, 119,75M€ pour le FLCA, et enfin hypothèse d'une stabilité de la mission 1 dans la structure FIR. Pour 2020, FNPEIS tel qu'inscrit dans la Convention d'objectif et de gestion (COG) à hauteur de 377M€, plafond de la COG pour le FLCA et enfin hypothèse d'une stabilité de la mission 1 dans la structure FIR.