

4

L'évolution du rôle de la direction générale de la santé

PRESENTATION

Selon la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, celle-ci concerne notamment la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ; la lutte contre les épidémies et la prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ; l'amélioration de l'état de santé de la population ; l'information et l'éducation à la santé ; la réduction des inégalités de santé ; la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé.

Dans de précédents rapports publics, la Cour a analysé plusieurs aspects de cette politique : le dispositif de lutte contre la toxicomanie²⁸, la politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme²⁹ et la lutte contre le cancer³⁰.

Dans l'organisation de l'Etat au niveau national, une administration centrale est chargée de cette politique : la direction générale de la santé (DGS). Pour compléter les études précédentes, la Cour a souhaité examiner l'exercice de ses missions par cette direction.

La DGS est née en 1956 de la fusion de la direction générale de l'hygiène publique et des hôpitaux et de la direction de l'hygiène sociale. En 1970, l'administration des établissements et des personnels hospitaliers est confiée à une direction distincte, celle des hôpitaux. En 1980, les deux directions sont fusionnées, puis, dès l'année suivante, à nouveau séparées.

28) Cf. rapport public 2001, pages 219 et s.

29) Cf. rapport public 2003, pages 415 et s.

30) Cf. rapport public sur la sécurité sociale de 2000, pages 283 et s. et rapport public 2003, pages 453 et s. sur les suites données aux recommandations de la Cour.

Au cours de la décennie suivante, huit établissements publics ont été créés qui ont étendu le champ de la politique de santé publique et accru la capacité de l'Etat à intervenir dans le domaine de la veille et de la sécurité sanitaires. La DGS a dû s'adapter à cette organisation multicentrique³¹.

Les missions attribuées à la direction sont définies par un décret du 21 juillet 2000 portant organisation de l'administration centrale du ministère de l'emploi et de la solidarité. Elles traduisent l'ambition d'un pôle de santé publique fort, porteur de sécurité sanitaire, qui propose aux pouvoirs publics les objectifs de la politique de prévention et de protection de la santé et en coordonne la mise en œuvre.

Cette réforme fait écho à la perception commune selon laquelle la DGS est la structure en charge de la prévention et de la gestion de toute crise sanitaire, qu'elle soit nationale ou locale, celle vers laquelle les attentes se focalisent alors même que la complexité du système ne permet pas une détermination aisée des responsabilités respectives des différents acteurs.

Elle s'inscrit également dans le contexte d'une affirmation, à partir de 1996, de la politique de santé publique dont le cadre conceptuel comme l'objet ont été précisés par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, puis par celle du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Sans viser à établir un bilan global de l'action de la DGS, ni à évaluer son intervention dans les crises sanitaires des années récentes, la Cour a examiné si cette direction est en mesure de jouer le rôle majeur qui lui est assigné par les textes.

En raison d'une réalité institutionnelle complexe dans laquelle il ne lui est pas reconnu de rôle d'acteur principal, de l'inégale portée des leviers d'action dont elle est dotée et d'une activité absorbée par des enjeux de court terme, la DGS peine à donner à ses missions l'ampleur prévue par le décret du 21 juillet 2000. La mise en œuvre de la loi du 9 août 2004 devrait être l'occasion de doter la direction de nouveaux outils afin qu'elle puisse assurer pleinement ses missions.

31) Cf. rapport public sur la sécurité sociale de 2000, pages 246 et s. et rapport public sur la sécurité sociale de 2002, pages 391 et s.

I – La position institutionnelle de la DGS

La DGS n'est pas le seul acteur de la mission de prévention et de protection de la santé. Le ministère de la santé ne dispose que d'une compétence partielle dans plusieurs domaines de la politique sanitaire. En son sein, l'offre de soins relève de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) qui a succédé en juillet 2000 à la direction des hôpitaux, avec un champ de compétence élargi. Enfin, tout en pouvant intervenir largement en matière de santé publique et en disposant à cet effet de crédits importants, l'assurance maladie est placée dans un champ autonome par rapport aux préoccupations de santé publique.

A – L'articulation avec les autres ministères

Au sein de l'Etat, le ministère de la santé n'est pas l'acteur unique, ni même toujours l'acteur prépondérant de la politique de santé. Si devant les citoyens et leurs représentants il assume une responsabilité globale sur ces questions, une grande partie des moyens administratifs que lui consacre l'Etat relève d'autres ministères. Il ne dispose pas de tous les moyens nécessaires pour assurer la coordination interministérielle qui est une condition majeure de la conduite des politiques de santé publique. Les risques sanitaires liés aux milieux illustrent tout particulièrement cette situation.

1 – Une faiblesse structurelle sur les risques liés aux milieux

Les milieux (espaces clos à usage d'habitation ou d'activité, air libre, sols, eaux, aliments, produits industriels, déchets, conditions de travail) constituent un facteur de plus en plus reconnu d'exposition à des pathologies. Nombre de textes législatifs et réglementaires qui les régissent mettent en jeu des considérations de santé publique.

Depuis une dizaine d'années, la DGS déploie des efforts importants pour que le ministère de la santé élabore et affirme des points de vue autonomes sur ce type de risques. Depuis la réorganisation de juillet 2000, une sous-direction entière s'y consacre, dont une partie des cadres est issue de corps relevant des ministères compétents dont ils connaissent l'organisation, le système juridique de référence et les modes de raisonnement.

La DGS constitue dans tous les cas le support administratif de la présence du ministère de la santé, notamment en préparant le contreseing du ministre sur les textes. Mais elle n'est pas l'unique, ni même, en dehors des eaux (baignade et consommation humaine) et des maladies à déclaration obligatoire, la principale administration centrale en charge de proposer des objectifs et des mesures de gestion des risques sanitaires liés aux milieux. Souvent, les nouvelles préoccupations de santé publique ont trouvé un répondant institutionnel en dehors du ministère de la santé et des organismes qui en dépendent (ainsi de la prise en charge du bruit par le ministère de l'environnement).

Les attributions du ministère de la santé visent la prévention et le traitement de pathologies. Sauf exception, leur extension aux normes qui réglementent les milieux se borne à la co-signature de textes élaborés par d'autres ministères. Dans certains cas, ces normes ne sont pas arrêtées en fonction des seules considérations liées à la santé humaine ; l'acceptabilité d'un durcissement de la réglementation par les acteurs économiques peut peser d'un poids prépondérant.

Ce sont d'autres ministères que celui de la santé qui ont la responsabilité en particulier des codes (code rural, codes de la consommation, de l'environnement et du travail notamment) dans lesquels prennent place la plupart des normes qui régissent cette catégorie de risques sanitaires. Pérenne, ce cadre de l'action normative de l'Etat structure lui-même dans la durée les responsabilités ministérielles et administratives. Il en va de même de l'intervention de l'Union européenne : selon la direction générale de la Commission européenne qui en prend l'initiative, les évolutions de la législation communautaire déterminent, dans une large mesure, au niveau national, le ministère qui en pilotera la négociation et le code qui, à titre exclusif ou principal, en accueillera la transposition en droit interne.

Enfin, n'étant pas chargée de définir les règles concourant à la gestion d'ensemble des milieux, la DGS est souvent moins bien placée que ses homologues pour connaître les situations de fait à l'origine de l'apparition ou de la diffusion de pathologies.

2 – Des efforts encore partiels de coordination administrative

Des dispositifs d'information et de concertation ont été instaurés avec les directions des autres ministères, sans permettre de surmonter les césures multiples des attributions ministérielles.

Pour l'air, les sols, les déchets, les produits chimiques, les ressources en eau, le bruit ainsi que pour le volet sanitaire des études d'impact, qui relèvent du ministère de l'environnement, les objectifs et modalités des collaborations de la DGS avec les autres directions ne sont pas formalisés. Il en va de même pour l'habitat, qui relève du ministère du logement³².

En matière de santé au travail, la DGS est sollicitée par la direction des relations du travail (DRT) préalablement à l'examen par le conseil supérieur de prévention des risques professionnels, dont elle est membre de droit, des projets de textes (législatifs et réglementaires) destinés à prévenir ou reconnaître les maladies professionnelles. Toutefois, son intervention se situe en aval de la préparation des textes concernés, dont elle n'a jamais l'initiative. Pour le reste, la collaboration n'est formalisée que de manière exceptionnelle : par exemple, un contrat a été établi entre les ministères de la santé et du travail pour le volet du plan cancer relatif aux cancers d'origine professionnelle.

C'est seulement en matière de prévention des risques liés aux aliments que des dispositifs formalisés de collaboration de portée générale ont été prévus. Ils connaissent cependant des limites de fait : retards dans la mise en commun de l'information et portée surtout formelle de la consultation de la DGS sur les plans de surveillance et de contrôle décidés et mis en œuvre par les ministères chargés de l'agriculture et de la consommation. En matière de nutrition, la DGS a un rôle prépondérant depuis le lancement du programme national nutrition-santé en 2000, mais il n'en est pas de même pour tout ce qui a trait à l'hygiène des produits alimentaires.

Le plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement pour les années 2004 à 2008 annoncé en juin 2004 met en place un cadre d'ensemble de l'action de l'Etat. Toutefois, le comité de pilotage national destiné à en assurer le suivi n'est pas doté d'un chef de file : il sera présidé collégialement par les ministères chargés de la santé, de l'environnement, de la recherche et du travail. La création du comité national de santé publique par la loi du 9 août 2004 devrait permettre une meilleure articulation entre les départements ministériels.

Par ailleurs, le cadre budgétaire rénové destiné à faire application de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances ne favorisera qu'une mise en synergie limitée des moyens d'action de l'Etat répartis entre les différents ministères. S'il comporte une mission

32) En dehors du saturnisme, qui a donné lieu à création d'un comité technique interministériel dont la DGS assure le secrétariat et où le ministère du logement est représenté (2003).

interministérielle de sécurité sanitaire, les programmes budgétaires qu'elle contient relèvent des seuls ministères de l'agriculture et de la santé ; le programme « prévention des risques et lutte contre les pollutions » est rattaché au seul ministère de l'environnement. Quant à la santé au travail, elle n'apparaît pas dans l'intitulé des programmes du ministère du travail, non plus que la santé des consommateurs dans ceux du ministère chargé de la consommation.

3 – Les limites dans l'organisation des agences sanitaires en santé environnementale

L'appréciation des risques liés aux milieux fait souvent appel à des données factuelles dont la DGS ne dispose pas dans l'exercice habituel de ses missions et à des connaissances et modes d'analyse encore peu représentés dans la formation des agents du ministère de la santé. Elle a donc recours à une expertise externe.

L'Institut de veille sanitaire (InVS) constitue une source essentielle d'expertise en ce domaine compte tenu de l'orientation de son activité vers les risques sanitaires liés aux milieux (deux de ses quatre départements thématiques : santé – travail ; santé – environnement) et du relais local que constituent les cellules interrégionales d'épidémiologie³³. En outre, il est placé sous la seule tutelle du ministère de la santé.

Placée sous la tutelle des ministères de l'agriculture, de la consommation et de la santé, l'Agence française de sécurité des aliments (AFSSA) permet, pour l'eau et les aliments, de faire communiquer entre elles des compétences qui, à défaut, demeureraient cloisonnées. Elle procure à la DGS un accès à l'information sur les contextes, paramètres et manifestations des alertes et crises sanitaires d'origine alimentaire et une capacité d'analyse très supérieure à celle qui existait avant la création de l'agence. Toutefois, l'existence d'une triple tutelle où la DGS ne dispose d'aucune prééminence, l'absence de rattachement des laboratoires de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), à la différence des laboratoires nationaux du ministère de l'agriculture, et le fait que le financement est assuré par les trois ministères - et principalement celui de l'agriculture - limitent de fait la mutualisation de l'expertise et le rôle de la DGS.

Placée sous la tutelle des ministères de l'environnement et de la santé et cofinancée par eux, l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) apporte à la DGS à la fois une nouvelle source d'expertise et la possibilité de solliciter des ressources situées à

33) Cf. rapport public sur la sécurité sociale de 2004, page 271.

l'extérieur de sa sphère de compétence : l'AFSSE doit établir des partenariats avec des établissements publics placés sous la tutelle soit du seul ministère de l'environnement (Institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS) notamment), soit à la fois de celui-ci et d'autres ministères (industrie, recherche, équipement, agriculture). Toutefois, l'agence n'a ni pouvoir hiérarchique, ni, en l'état actuel de ses ressources financières, de moyens d'incitation suffisants pour développer, au-delà de collaborations ponctuelles, de véritables partenariats et s'assurer le concours des experts dont les profils correspondent à ses axes prioritaires d'action. Contrairement à l'AFSSA, l'AFSSE n'émet d'avis préalable ni sur les projets de textes législatifs ou réglementaires entrant dans son champ de compétence, ni sur les programmes ministériels de contrôle et de surveillance ; elle n'est consultée que sur leurs seules orientations générales.

B – Le partage des missions avec la DHOS

A l'intérieur même du ministère de la santé, les missions de la DGS et de la DHOS se recouvrent partiellement, tant pour la conception que pour la mise en œuvre des politiques de santé. Quel qu'en soit le tracé, la ligne de partage des missions entre la DGS et la DHOS a nécessairement un caractère conventionnel : en dernière instance, l'existence de deux directions se justifie par la charge excessive qui pèserait sur le haut encadrement d'une direction unique de la santé. Mais la réforme de 2000 est loin d'avoir diminué les domaines de recouvrement et n'a pas désigné clairement de chef de file sur des sujets importants.

1 – Les domaines de recouvrement

La DHOS apporte une contribution majeure non seulement à la mise en œuvre, mais aussi à la détermination des orientations que la DGS propose à l'autorité politique. Par nature, celles-ci ont vocation à prendre en compte les atteintes à la santé qui sont le plus souvent d'abord décelées par les acteurs du système de soins. Par ailleurs, lorsqu'elle comporte, comme il est fréquent, un volet relatif à la prise en charge sanitaire, la conception des programmes de santé ne peut s'abstraire des conditions de leur réalisation. Celles qui ont trait à la participation des établissements de soins, qu'elle soit matérielle, humaine ou financière, sont subordonnées aux analyses et propositions de la DHOS.

Compte tenu de la compétence de portée générale sur l'organisation de l'offre de soins qui lui a été reconnue, les missions de l'ancienne direction des hôpitaux ont été étendues lors de la réorganisation de juillet 2000 : la DHOS a vu sa compétence élargie à la réglementation des pharmacies d'officine et aux conditions d'exercice des professions de santé, qui relevaient jusque là de la DGS.

Cette nouvelle répartition des rôles n'a pas résolu la difficulté liée à l'intervention conjointe de la DGS et de la DHOS dans le domaine de la démographie et de la formation des professions de santé. Elle a instauré une césure peu fonctionnelle entre la prise en charge des conditions d'exercice et celle des questions de déontologie, demeurée à la DGS.

2 – La direction chef de file

Compte tenu de l'imbrication de leurs missions, la DGS et la DHOS entretiennent des rapports étroits dans le cadre notamment de multiples groupes de travail qui vont de la réunion informelle à une instance prévue par un texte (tel le comité technique national sur les infections nosocomiales).

Si des textes désignent parfois un chef de file, une telle mention n'est pas systématique. En outre, certains textes reconnaissent aux deux directions un même niveau de responsabilité (par exemple en matière de tutelle de l'Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé – ANAES – et de secrétariat du comité précité). Des données de fait peuvent aussi amoindrir la primauté affichée de l'une des deux directions : s'il appartient à la DGS de proposer les *numerus clausus* ou quotas annuels de formation des professionnels de santé, les besoins liés aux établissements de soins représentent une part déterminante des besoins pris dans leur ensemble et l'appareil de formation est majoritairement situé à l'hôpital qui pourvoit à une partie de ses moyens pédagogiques et matériels³⁴.

34) Centres hospitaliers universitaires pour les médecins et pharmaciens et instituts de formation en soins infirmiers.

En l'absence de textes, l'autorité ministérielle attribue parfois à l'une ou l'autre des directions la coordination d'actions. Ainsi, c'est à la DGS que le pilotage administratif des programmes de santé publique a généralement été confié. Toutefois, la désignation d'une direction chef de file n'a pas un caractère systématique ; la coordination administrative échoit alors au cabinet du ministre³⁵.

C – Un lien insuffisant avec l'assurance maladie

Les considérations de santé publique que porte la DGS ont une influence encore limitée sur la prise en charge des dépenses de soins par l'assurance maladie. La concentration d'une part déterminante des crédits destinés à la prévention dans un fonds géré par l'assurance maladie ne s'est pas accompagnée d'une affirmation suffisante du rôle de l'Etat, notamment de la DGS, dans l'orientation de leur emploi.

1 – La prise en charge des dépenses de soins

Les politiques de sécurité sociale et de santé publique sont, pour l'essentiel, cloisonnées entre elles. L'absence de la DGS, pilote de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, parmi les administrations membres du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie³⁶ souligne cet état de fait.

Dans l'organisation du ministère de la santé, les propositions à caractère financier sont portées par la direction de la sécurité sociale (DSS). La DGS défend un point de vue où prédominent les considérations de santé publique, notamment pour proposer le remboursement - ou le maintien du remboursement - d'actes, de produits et de dispositifs de santé.

Or, les arbitrages à rendre sur les coûts collectifs de la santé devraient pouvoir s'appuyer sur des propositions ayant un objet à la fois médical et financier.

En dehors de ceux, embryonnaires, propres au médicament, les cadres d'analyse qui pourraient assurer un éclairage des enjeux financiers de l'assurance maladie par ceux de santé publique sont à définir. De même, les relations avec la Haute autorité de santé, créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, sont à construire.

35) Ou aux cabinets des ministres lorsque le ministre chargé des affaires sociales ou de la santé est assisté d'un ministre délégué ou d'un secrétaire d'Etat.

2 – Le financement de la prévention

La prévention, l'éducation et l'information en matière de santé figurent au nombre des missions de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui les finance à partir du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS). Les finalités du FNPEIS recourent partiellement (à hauteur de 130 M € environ au regard d'un budget primitif de 317,3 M € en 2004) celles des crédits du budget de l'Etat dont la DGS assure la gestion.

Au cours des années récentes, le ministère de la santé s'est efforcé d'accroître son influence sur la gestion des moyens du FNPEIS par la CNAMTS :

- la convention d'objectifs et de gestion 2000-2003 entre l'Etat et la CNAMTS a posé pour principe que les actions de la CNAMTS financées par le FNPEIS prennent place dans le cadre des priorités de santé publique définies par l'Etat ;

- puis, la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé a subordonné l'emploi des moyens du FNPEIS aux objectifs de la politique de santé publique traduits en des programmes prioritaires nationaux à caractère pluriannuel fixés par la voie d'arrêtés interministériels.

Toutefois, cette orientation n'est pas allée jusqu'à prévoir la détermination par l'Etat de la contribution du FNPEIS au financement de chacun des programmes de santé annoncés. Par ailleurs, aucun des dispositifs de coordination des actions de prévention et de leur financement au niveau national n'a été mis en place : le comité national de prévention réunissant l'Etat et la CNAMTS, prévu par la convention d'objectifs et de gestion, a été suspendu dans l'attente de la mise en place du comité technique national de prévention, aux missions et à la composition élargies, prévu par la loi du 4 mars 2002 ; la création de cette nouvelle instance a été elle-même différée en raison de l'élaboration du projet de loi relative à la politique de santé publique.

Sur proposition de la DGS, le ministère de la santé demande périodiquement à la CNAMTS de prendre en charge, de manière ponctuelle ou permanente, des dépenses sur les crédits du FNPEIS. Ces transferts interviennent au coup par coup, sans logique d'ensemble. Ils ne procèdent pas d'un diagnostic précis de la DGS sur les interventions du FNPEIS au regard des priorités de santé publique, qui la conduirait à

36) La DHOS fait en revanche partie de cette instance.

hiérarchiser ces interventions et, le cas échéant, à proposer des redéploiements. Il paraît pourtant nécessaire à une animation efficace par la DGS du nouveau comité national de santé publique.

II – Les leviers d'action

Pour la mise en œuvre de la politique de santé publique, la DGS dispose de plusieurs leviers d'action. Certains, comme l'élaboration de la règle de droit, les instructions données aux services déconcentrés du ministère de la santé (directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales) ou l'attribution de subventions, sont traditionnels. D'autres, comme le recours à l'expertise ou la fixation d'objectifs aux agences sanitaires, sont plus récents et encore en phase de montée en charge. Les limites intrinsèques de ces instruments, mais aussi les conditions de leur emploi, font que la DGS n'a pas une capacité d'action conforme à l'ampleur de ses missions.

A – Le pouvoir normatif

Dans le champ qui lui est reconnu, la rédaction de règles de droit constitue le premier levier d'action de la DGS. La réalisation des objectifs de la politique de santé publique est tributaire des préalables juridiques à leur mise en œuvre.

1 – La profusion de textes

Une part importante de l'activité de la DGS consiste en l'élaboration de règles de droit qu'elle prépare seule ou avec d'autres directions.

La profusion de textes engorge la DGS et limite sa capacité à se mobiliser sur d'autres tâches. Début septembre 2004, pour les seuls textes dont la direction est chef de file et qui ne sont pas destinés à transposer des directives européennes, l'encours de décrets à produire représentait au moins quatre années de travail :

- 60 décrets d'application étaient nécessaires pour la mise en œuvre de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ; la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique appelait quant à elle 24 décrets ; quatre décrets devaient aussi être pris pour l'application de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales ;

- la rédaction de huit décrets était encore en cours au titre de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé ; pour sept autres, elle n'avait pas encore débuté ;

- au titre de lois (ou ordonnances) plus anciennes ou de décisions ponctuelles, la rédaction de 19 autres décrets était par ailleurs prévue ; sauf exception, elle n'avait pas commencé.

Par ailleurs, la DGS participait à la rédaction de dix décrets d'application de la loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie.

Les délais de production des textes juridiques, s'ils devaient concerner la loi du 9 août 2004, risquent d'empêcher son application.

Ils fragilisent le cadre juridique de la politique de santé publique et de l'action des acteurs du système de santé. Des instances et dispositifs en principe supprimés sont, de fait, toujours en vigueur, ceux qui devaient les remplacer n'ayant pas encore été mis en place. Ainsi, la loi du 4 mars 2002 avait substitué au Haut comité de santé publique un Haut conseil de la santé, mais celui-ci n'a pas été mis en place, le projet de loi relative à la politique de santé publique ayant prévu de le remplacer par un Haut conseil de la santé publique dont les missions, l'organisation et les modalités de désignation des membres sont différentes. La loi n'ayant été adoptée que le 9 août 2004, compte tenu des délais d'élaboration des textes d'application, cinq années se seront écoulées entre la décision de remplacer le premier conseil et la mise en place de celui qui devrait lui succéder.

2 – La transposition des textes européens

La DGS prépare la négociation et la transposition en droit interne de la totalité ou presque des directives européennes relevant du ministère de la santé. Début octobre 2004, tout ou partie des dispositions de 10 des 24 directives pour laquelle la DGS était chef de file connaissaient un retard de transposition. La Commission européenne avait commencé à en tirer les conséquences en engageant une procédure précontentieuse pour cinq directives et une action en manquement pour trois autres.

Cette situation traduit toutefois une amélioration. Avant 2002, la transposition de plusieurs directives n'était pas prise en charge dans les faits³⁷. Les transpositions font aujourd'hui l'objet d'un suivi précis et les retards les plus importants ont été résorbés.

Cependant, comme beaucoup d'administrations centrales, la DGS conserve une difficulté manifeste à respecter les délais de transposition. Des facteurs propres aux textes (obscurité, absence d'identité des catégories juridiques et de la terminologie entre droit européen et droit national, nécessité parfois de concevoir un cadre juridique plus vaste que les normes directement nécessaires à la transposition, incertitude sur le vecteur juridique à utiliser pour transposer) et la lourdeur des consultations externes favorisent les retards.

Une présence accrue au stade de la négociation, un regroupement des fonctions de négociation et de transposition dans l'organisation interne de la direction et un renforcement des moyens consacrés à la fonction juridique communautaire apparaissent souhaitables.

B – La fixation d'objectifs aux relais institutionnels

La DGS dispose de deux catégories de relais sur lesquels elle exerce un pouvoir d'orientation : les agences de veille et de sécurité sanitaire et les services déconcentrés du ministère de la santé (directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales).

1 – Les agences sanitaires

Le ministère de la santé est désormais entouré de sept agences de veille et de sécurité sanitaires après la disparition de l'ANAES, intégrée dans la Haute autorité de santé, qui démultiplie les moyens qu'il peut consacrer à la promotion de la qualité des soins en établissement de santé et en médecine de ville, à celle de la santé auprès des populations, à la gestion de produits de santé et à l'identification, la mesure et l'évaluation des risques. Dans les domaines ou pour les fonctions confiés aux agences, il revient à la DGS non plus d'assurer elle-même certaines procédures ou expertises, mais de proposer les règles, les orientations et les moyens de leur action et d'évaluer celle-ci. Elle exerce cette responsabilité seule ou

37) Ce qui a notamment conduit, à mi-2003, à des retards de 8 ans et demi pour la directive 93/39/CEE portant reconnaissance mutuelle des autorisations de mise sur le marché pour la santé humaine et de 12 ans pour la directive 90/167/CEE sur les aliments médicamenteux pour animaux.

en partage avec d'autres ministères. La DGS exerce en outre une tutelle sur l'Institut national de Transfusion sanguine, l'Institut national du cancer nouvellement créé et l'Institut de recherche sur la sécurité nucléaire.

a) Le manque d'objectifs formalisés donnés aux agences

Comme l'avait déjà constaté la Cour³⁸, les attentes des pouvoirs publics à l'égard des agences sont mal définies et insuffisamment formalisées, tout particulièrement pour l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et l'Institut national de prévention et d'éducation en santé (INPES), placés sous la tutelle du seul ministère de la santé, ainsi que pour l'AFSSA qui relève également des ministères de l'agriculture et de la consommation.

Seuls l'InVS et l'Etablissement français des greffes (EFG)³⁹ ont été dotés, pour le passé, d'un contrat d'objectifs et de moyens à caractère pluriannuel ; celui conclu avec l'InVS fixait moins des orientations stratégiques qu'il ne décrivait un programme de travail. Le contexte budgétaire général, la pluralité de tutelles comme la lourdeur inhérente à cette démarche freinent l'élaboration de nouveaux contrats.

Dans cette situation, une lettre de mission du ministre aux responsables des agences peut constituer une modalité adaptée à la fixation d'objectifs opérationnels dans des délais conformes aux nécessités de l'action publique. Toutefois, seuls cinq directeurs d'agence ont bénéficié d'une lettre de mission, soit à leur nomination (ANAES, EFS), soit avec retard (AFSSE, EFG et InVS, pour lequel la communication d'une lettre de mission a fait suite à la canicule de l'été 2003).

Si des éléments d'appréciation commencent à être rassemblés sur l'exercice de leurs missions par les agences, un diagnostic partagé n'a été établi qu'avec l'une d'entre elles, aujourd'hui disparue, l'ANAES. Point de départ de l'établissement d'un contrat, mais « détachable » de cette finalité, cette méthode de travail favorise pourtant des améliorations rapides dans les conditions d'exercice et les résultats de la tutelle.

38) Cf. rapport public sur la sécurité sociale de 2002, pages 391 et s.

39) Auquel la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique substitue une agence de biomédecine (ABM), aux missions élargies.

b) Une animation seulement partielle du réseau des agences

En dehors des questions de sécurité sanitaire pour lesquelles le directeur général de la santé tient à date fixe des réunions avec les responsables des agences les plus concernées selon un calendrier rapproché⁴⁰, la DGS anime et coordonne avec une intensité et une qualité inégales le réseau des agences. Cependant, selon un « protocole d'accord » sur l'organisation de la tutelle au sein du ministère de la santé, signé en 2002 avec la direction de l'administration générale, du personnel et du budget (DAGPB), il revient à la DGS de piloter les moyens financiers accordés aux agences au regard des objectifs qui leur sont assignés. Compte tenu des mesures de régulation budgétaire décidées en cours d'année et de sa connaissance partielle des activités des agences, la DGS n'est pas en mesure d'exercer efficacement ce rôle. Sauf exception, elle n'assure pas, entre ses services et avec les agences, de mutualisation de l'information sur les programmes de travail, les groupes d'expertise et les partenariats qu'elles mettent en place.

De manière générale, les sous-directions sectorielles ont insuffisamment investi l'exercice de la tutelle. Pendant longtemps, les tâches relatives à la tutelle sur l'AFSSAPS, première agence par l'autonomie⁴¹ et les moyens qui lui sont reconnus, n'ont pas été attribuées à un agent déterminé au sein de la sous-direction compétente. Celle de la principale agence d'évaluation des risques, l'InVS, est confiée à une sous-direction qui n'a pas d'attributions en matière de veille et de sécurité sanitaire.

2 – Les relais territoriaux

Contrairement à d'autres administrations, la DGS ne dispose pas en propre de services déconcentrés et les DRASS et DDASS, communes au ministère pris dans son ensemble, ne peuvent affecter que des moyens limités aux politiques de santé. Elles ne constituent pas un relais pleinement efficace pour la DGS. Ainsi, les programmes régionaux prévus dans le cadre de la stratégie de prévention de l'infection VIH / sida (2001-2004) dans neuf régions prioritaires n'ont pas reçu, à l'exception

40) A l'origine bimensuelles (hors circonstances exceptionnelles, pour lesquelles la périodicité était rapprochée), ces réunions sont devenues hebdomadaires à la suite de la canicule de l'été 2003.

41) Contrairement aux autres agences sanitaires, l'AFSSAPS dispose de pouvoirs de réglementation. Il en va de même de l'agence nationale du médicament vétérinaire (ANMV), qui constitue l'une des composantes de l'AFSSA.

de la Guyane, de commencement de mise en œuvre, bien que cette pathologie ait constitué un domaine pilote au sein de la programmation en santé au niveau national et ait été dotée d'importants moyens financiers et humains.

Le groupement régional de santé publique a été conçu pour remédier à cette faiblesse.

a) Les services déconcentrés

A la différence des agences sanitaires, les services déconcentrés ne souffrent pas d'un manque de formalisation mais d'un excès d'objectifs assignés au regard des moyens humains dont ils sont dotés. La DGS leur adresse une soixantaine de circulaires chaque année alors que plusieurs DDASS n'ont pas de médecin inspecteur de santé publique et que certaines attributions, comme la santé mentale et les risques alimentaires, n'ont pas toujours de correspondants. En outre, l'attribution des tâches aux agents est souvent instable.

Dans ce contexte, des choix doivent être effectués par les responsables des services déconcentrés, y compris lorsqu'il s'agit de faire appliquer des textes contraignants. A quelques rares exceptions près, la DGS ne s'est pas engagée dans une démarche tendant à les guider et à vérifier si ses instructions sont effectivement mises en œuvre :

- une circulaire a récemment proposé aux services une graduation de l'intensité à donner à l'exercice de chacune de leurs missions en santé environnementale ; cette tentative n'a pas été étendue aux autres domaines ;

- à ce jour, la contractualisation des objectifs, moyens et indicateurs avec les services déconcentrés n'a concerné qu'une seule région (Centre), à titre expérimental et pour quelques objectifs seulement.

En outre, dans certains domaines, la DGS apporte un soutien insuffisant aux services déconcentrés : absence de mise à disposition des outils annoncés en vue de l'élaboration des programmes relatifs au sida précités, absence de directives pour l'application de la loi Evin sur le tabac ou encore d'orientations pour l'emploi des personnels supplémentaires (85 emplois budgétaires) dont ont été dotés les services déconcentrés au titre de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) en application de la loi de finances pour 2001.

b) La mise en place d'un nouvel opérateur au niveau territorial

La DGS a plaidé et obtenu, dans le cadre de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, la création d'une nouvelle structure mutualisant sous la présidence du préfet, les moyens humains et financiers disponibles en région : le groupement régional de santé publique (GRSP).

Ce groupement d'intérêt public réunit les « décideurs financeurs » de la santé publique : Etat, assurance maladie, agence régionale de l'hospitalisation, certaines agences sanitaires et les collectivités locales, pour autant que celles-ci le souhaitent. Sa composition omet un relais important de la santé publique : les unions régionales de médecins exerçant à titre libéral (URML).

Au moment où le projet de loi a été déposé au Parlement en 2003, la portée exacte du nouveau groupement - enceinte systématisant les collaborations préexistantes au niveau local ou bien entité à part entière - n'avait pas été arrêtée. La DGS n'avait pas alors étudié quelle partie des interventions de l'assurance maladie dans le cadre du FNPEIS serait transférée aux GRSP.

C – Le recours à l'expertise externe

La pertinence de l'expertise sur laquelle elles reposent est une condition majeure de l'efficacité des actions de l'Etat dans le domaine de la santé.

Pour concevoir les objectifs de politique de santé publique et déterminer des mesures de gestion des risques sanitaires, la DGS sollicite des instances externes d'expertise indépendantes au plan scientifique, parmi lesquelles les agences sanitaires occupent aujourd'hui une place prépondérante.

1 – La mobilisation des agences sanitaires

La sollicitation de l'expertise des agences sanitaires peut prendre plusieurs formes : demandes d'avis, répondant à une obligation légale ou à une faculté, attente de recommandations, d'enquêtes, d'organisation de conférences scientifiques.

La DGS souligne le manque de disponibilité de plusieurs agences au regard de ses besoins. Ainsi, l'AFSSAPS fournit des expertises ponctuelles, mais la DGS considère qu'elle s'engage avec réticence sur des chantiers de longue haleine et privilégie l'exercice de ses propres missions sur la contribution intellectuelle qu'elle doit apporter à la DGS.

Réciproquement, les agences critiquent les conditions dans lesquelles elles sont parfois sollicitées. Les saisines pour avis de l'InVS et de l'AFSSA par leurs directions de tutelle, dont la DGS, sur des risques sanitaires identifiés sont souvent rédigées en des termes succincts. Elles ne mentionnent pas systématiquement les éléments de contexte en fonction desquels les agences sont sollicitées.

2 – Les autres instances d'expertise

Le conseil supérieur d'hygiène publique de France, avec ses sous-groupes permanents (notamment en matière de maladies infectieuses, de maladies liées aux voyages et de vaccination), préexistait à la création des agences de veille et sécurité sanitaires. Son domaine de compétence s'est réduit avec la création de l'AFSSA, qui a repris sa compétence sur la sécurité sanitaire des aliments et de l'eau destinée à la consommation humaine. Sa composition et ses méthodes de travail n'ont pas été suffisamment alignées sur celles, plus rigoureuses, mises en place par les agences. Les moyens dont il dispose sont faibles.

Des comités d'experts ont été plus récemment créés pour contribuer à l'élaboration et au suivi de certains programmes de santé publique. La DGS les sollicite périodiquement du fait notamment de l'apparition de nouvelles techniques ou de nouveaux traitements.

D – Le soutien financier aux acteurs associatifs

En baisse apparente du fait des changements de périmètre budgétaire (- 17,6 % depuis la LFI 1998⁴²), les crédits ouverts par les lois de finances pour les subventions qu'attribuent la DGS et les services déconcentrés (208,7 M€ en LFI 2004) ont fortement augmenté, à périmètre constant, afin de traduire les priorités des pouvoirs publics, notamment les programmes thématiques de santé comme ceux qui concernent le sida ou le cancer (+ 136,7 M€, soit + 54 %).

42) En francs courants. Cette baisse traduit notamment le transfert à l'assurance maladie de certains financements.

1 – Les limites de l'instrument budgétaire

Le soutien financier aux associations qui mettent en œuvre les objectifs de la politique de santé publique ou concourent à leur réalisation relève, pour l'essentiel, des services déconcentrés qui interviennent dans le cadre des orientations fixées par la DGS.

Leur gestion connaît des limites similaires à celles que rencontrent souvent les administrations qui déploient des interventions économiques, sociales ou culturelles : absence fréquente de critère objectif pour l'attribution de subventions, manque d'information sur l'activité et les résultats, difficulté à remettre en cause les concours existants compte tenu des emplois permanents qu'ils financent et de la notoriété des structures soutenues. Peu fréquents, les redéploiements portent sur des montants réduits.

La qualité technique d'un nombre conséquent de dossiers de subvention engagés par la DGS au niveau central est par ailleurs insuffisante. Des études qui auraient dû donner lieu à des commandes imputées sur les crédits de fonctionnement (titre III) sont financées par la voie de subventions sur les crédits d'intervention (titre IV) pour des motifs d'opportunité budgétaire ou afin d'éviter de consulter plusieurs prestataires potentiels. Le plus souvent, les conventions ne prévoient pas de dispositif d'évaluation en dépit des prescriptions en ce sens⁴³.

2 – Les efforts d'amélioration

L'affectation et le suivi de l'emploi des crédits, y compris déconcentrés, au regard des priorités de la politique de santé publique devraient s'améliorer à partir de cette année, sous l'effet conjugué de deux évolutions :

- la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, qui conduit à mettre en place des projets annuels de performance associés à deux programmes budgétaires : « santé – prévention », dont les rubriques fonctionnelles recourent les objectifs de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, et « veille et sécurité sanitaire » ;

43) Circulaires du Premier ministre du 1^{er} décembre 2000 relative aux conventions pluriannuelles d'objectifs entre l'Etat et les associations et du 24 décembre 2002 relative aux subventions de l'Etat aux associations.

- la mise en place d'un outil restituant à la DGS, selon les mêmes rubriques, la programmation et l'emploi par les services déconcentrés des crédits qui leur sont délégués, ainsi que les cofinancements en provenance de l'assurance maladie ou des collectivités locales.

Cette dernière initiative comporte toutefois des limites. Par nature, la classification des crédits et des dépenses a parfois un caractère conventionnel au regard des finalités multiples des subventions destinées à la prévention. Par ailleurs, il n'est pas prévu de restitution systématique et précise sur les financements accordés aux associations à réseau national.

III – Les moyens de la direction

L'organisation interne de la DGS traduit bien ses missions, mais celles-ci sont prises en charge de manière inégale. L'activité de la direction est surtout orientée par les moyens humains dont elle dispose, par la nécessité de faire face en urgence aux crises sanitaires et par ses connaissances et moyens d'action traditionnels.

A – Les difficultés de fonctionnement liées aux ressources humaines

La situation des ressources humaines de la DGS continue à comporter des faiblesses structurelles, notamment pour l'exercice des missions les plus sensibles.

1 – Une priorité fragile dans l'attribution des emplois budgétaires

Entre 1999 et 2002, à missions constantes, les emplois budgétaires attribués à la DGS ont été portés de 296 à 367. Leur qualification moyenne s'est élevée : la part de la catégorie A a progressé sous l'effet de l'augmentation des emplois à profil spécialisé (contractuels de l'administration centrale et fonctionnaires détachés sur contrat ; praticiens hospitaliers mis à disposition ; agents de corps des services déconcentrés, tels les médecins et pharmaciens inspecteurs de santé publique et les ingénieurs du génie sanitaire).

Toutefois, ces améliorations ont eu un caractère partiellement artificiel. En effet, une partie des emplois budgétaires correspondant à des corps de services déconcentrés (une cinquantaine environ) a été notifiée simultanément aux administrations centrales, dont la DGS, et aux services déconcentrés. En pratique, les supports budgétaires ainsi affichés n'ont pu être pourvus en administration centrale, faute de candidats pour ces postes parisiens.

Par ailleurs, la DGS n'a pas organisé l'exercice de ses missions en fonction de ses moyens réels. Elle a réparti les tâches en son sein et défini les postes proposés dans le cadre du mouvement interne au ministère en fonction non pas des emplois budgétaires qui lui étaient attribués, mais d'« effectifs cible », plus élevés, correspondant aux emplois qu'elle estimait nécessaires à l'exercice de ses missions. Cette pratique ne pouvait que concourir à des vacances de postes dans des domaines sensibles de l'activité de la direction.

Avec 354,6 emplois budgétaires attribués, l'année 2003 a vu une remise en cause de la priorité affichée en faveur de la DGS. Il a été mis fin au double affichage d'emplois de corps des services déconcentrés. Des mesures de régulation ont été imputées par l'autorité ministérielle sur les crédits finançant le remboursement à leur administration d'origine des rémunérations versées aux agents mis à disposition.

En 2004, l'absence de mesure de régulation a permis de porter les emplois attribués à un niveau voisin de celui de l'année 2002 (362,7 unités). Cependant, pour un tiers des agents mis à disposition de la DGS, les administrations d'origine ne sont pas remboursées compte tenu de l'insuffisance des crédits disponibles au regard des dettes à apurer.

2 – Un manque d'attractivité

L'augmentation globale du nombre d'emplois budgétaires au cours de la période examinée par la Cour n'a pas eu l'ensemble des effets favorables qui pouvaient en être attendus :

- une partie des emplois a connu ou continue à connaître une vacance prolongée : début septembre 2004, à la date de sa transformation en département des situations d'urgence sanitaire, un quart des emplois attribués au bureau en charge des alertes et des crises sanitaires demeurait vacant ;

- les possibilités de recrutement de profils spécialisés sont limitées : les corps d'agents de services déconcentrés sont un vivier étroit et disputé ; la mobilité interministérielle demeure insuffisante ; établies par référence à une grille ministérielle de classification remontant à 1978, les rémunérations proposées aux agents contractuels ne permettent pas de recruter dans le secteur privé les ingénieurs nécessaires à l'élaboration des mesures de gestion des risques liés aux milieux ;

- la rotation des agents s'est ralentie, mais son rythme excessif continue à entraîner des pertes considérables d'efficacité : près d'un agent en fonction sur quatre a quitté la DGS en 2002 ; en 2003, tel a été le cas de près d'un agent sur six ; pour l'année 2004, les nouveaux départs devraient s'élever à un agent sur onze. En septembre 2004, l'ancienneté médiane des titulaires de postes de responsabilité était seulement d'un an et neuf mois dans le poste et de trois ans dans la direction (deux ans et un mois et quatre ans respectivement pour l'ancienneté moyenne).

Au-delà des améliorations à apporter au management interne des ressources humaines, le manque d'attractivité de la DGS appelle une réflexion urgente sur les raisons de cette situation et sur les incitations qui pourraient être mises en œuvre afin d'allonger les durées d'affectation et pourvoir en agents titulaires ou contractuels de l'Etat les postes sensibles.

B – La gestion des crises sanitaires

La prise en charge des crises sanitaires, tant en termes de coordination des acteurs que de communication, constitue une priorité pour la DGS. Toutefois, les structures et les moyens mis en œuvre ne sont pas à la hauteur des responsabilités qui lui sont dévolues.

1 – La faiblesse des moyens matériels et financiers propres

Les missions de sécurité sanitaire confiées à la DGS requièrent un investissement lourd et une attention d'autant plus grande que leur mise en œuvre est toujours susceptible d'engager la responsabilité personnelle des agents qui s'y consacrent.

Dans son organisation interne, la sécurité sanitaire n'est pas confiée à une ou plusieurs sous-directions dont ce serait la seule mission. De ce fait, la gestion des alertes et des crises, qui sollicite des agents de haut niveau, vient régulièrement perturber l'exercice des autres missions. L'inadaptation de cette solution a été accentuée par la vacance prolongée d'un nombre élevé de postes et l'instabilité de la ligne de partage entre les

attributions des sous-directions en charge des pathologies et des risques liés aux milieux.

Par ailleurs, ce sont les crédits de fonctionnement courant de la DGS qui sont utilisés pour engager ou financer les actions à mener pour faire face aux crises sanitaires. La nécessité d'assumer des dépenses urgentes et imprévues, telles l'achat de vaccins ou la mise en place d'une ligne téléphonique destinée à répondre aux interrogations de la population, a récemment et à plusieurs reprises créé des difficultés de trésorerie sur les moyens de fonctionnement de la DGS. Des dépenses ont dû être reportées sur le FNPEIS qui n'est normalement pas destiné à cet usage.

Afin d'atténuer une partie de ces difficultés, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 étend à l'ensemble des crises sanitaires, quelle qu'en soit l'origine, le champ du fonds de concours doté par le Fonds national d'assurance maladie (FNAM) de la CNAMTS qui finance l'achat, le stockage et la livraison des produits destinés à la prophylaxie ou au traitement des conséquences d'un acte bioterroriste sur la santé humaine. Cette modalité conduit à ouvrir en cours d'année des crédits au budget de l'Etat, au lieu de les y inscrire d'emblée.

2 – Une action principalement tournée vers le court terme

Le renforcement de la capacité d'alerte et de mobilisation de l'expertise depuis la création des agences sanitaires, notamment l'InVS, et l'établissement de listes de « personnes ressources » devant ou pouvant être contactées en cas d'alerte sanitaire sont autant de progrès de nature à faciliter la réaction de la DGS aux crises sanitaires.

Toutefois, le nombre de plans préétablis en réponse à des menaces sanitaires demeure limité. En outre, ils visent principalement des situations déjà rencontrées ou qui pourraient être traitées de manière similaire. Si le risque bioterroriste a été l'occasion d'un important travail de conception sur des pathologies et des scénarii non pris en compte précédemment, l'absence d'une structure et de moyens humains dédiés, en dépit des emplois attribués à cette fin, en ont limité les réalisations. Le départ de la personnalité extérieure à la DGS qui en assurait la coordination a entraîné de facto la disparition de la cellule informelle qui avait été mise en place afin d'atténuer cet inconvénient.

Compte tenu de la vacance persistante d'une partie des postes offerts et de la difficulté à motiver les agents sur des approches théoriques, la veille sur les sujets émergents a été délaissée au profit des enjeux immédiats de sécurité sanitaire. A ce jour, la DGS n'a pas anticipé

les champs pour lesquels il serait précieux d'identifier des « personnes ressources » sur des sujets qu'elle n'a pas l'habitude de traiter.

C – Le déséquilibre des tâches

Si l'organisation interne de la DGS reflète fidèlement l'intégralité des missions qui lui sont confiées, leur prise en charge est inégalement assurée dans les faits.

1 – Le poids de la gestion

L'affirmation d'un rôle de conception de la DGS dans le cadre de la réorganisation de l'administration centrale du ministère de la santé de juillet 2000 n'a pas eu pour corollaire un allègement des tâches de gestion.

Les démarches engagées en 2000-2001 par la direction pour structurer son action autour d'objectifs successivement déclinés en orientations prioritaires et actions auraient pu valoriser les fonctions de conception. Les outils de pilotage qui les accompagnaient auraient pu permettre d'évaluer le poids respectif des tâches de conception et de gestion. Cette initiative n'a pas été menée à son terme en dépit d'un important travail méthodologique.

La DGS a de fait conservé des attributions de gestion qu'elle a perdues en droit. Il en est ainsi de la gestion détaillée des financements destinés aux structures spécialisées de soins et de prise en charge sociale (alcoologie, toxicomanie et appartements de coordination thérapeutique) dont la charge a été transférée à l'enveloppe médico-sociale de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM). L'intervention de la DGS devrait se concentrer sur le contenu sanitaire de ces politiques de prévention et de soins et sur l'adéquation de l'offre aux besoins, la direction générale de l'action sociale (DGAS) étant appelée à prendre en charge dans les faits les décisions budgétaires courantes et le volet social.

La gestion de procédures, qu'il s'agisse de décisions individuelles, d'attributions de subventions, de secrétariat d'instances consultatives ou de l'exploitation primaire de données diminue le temps que la DGS peut consacrer à ses missions de conception de la politique de santé, dont la sécurité sanitaire. Des allègements ponctuels sont en cours par déconcentration, décentralisation, transfert à l'assurance maladie ou aux agences sanitaires. Ils demeurent toutefois insuffisants.

Les agences sanitaires disposent d'un droit d'initiative pour proposer des priorités de santé publique ; certaines se sont vu reconnaître une fonction d'aide à la décision, voire de décision, ou ont vocation à recevoir délégation pour la conduite de politiques sectorielles. Toutefois, si leur création a sensiblement fait évoluer sa manière de travailler, la DGS demeure réticente à l'égard de l'intervention d'autres acteurs dans le champ de ses attributions.

Ces constats appellent une orientation claire en faveur d'un rôle de la DGS centré sur la conception et l'évaluation des politiques, la mise en œuvre étant déléguée à d'autres acteurs. La création d'instances et d'outils de compte rendu donnerait toutefois à la DGS la possibilité d'évoquer les questions qui mettent en jeu des considérations de santé publique.

2 – La programmation en santé publique

La notion qui définit le mieux le champ d'intervention de la DGS est celle de santé publique, domaine évolutif comprenant les analyses, recherches, actions (normatives, financières ou autres) et évaluations destinées à favoriser l'amélioration ou la préservation de la santé humaine. Malgré la fixation de cinq chantiers prioritaires⁴⁴ et de 100 objectifs de santé publique, le cadre d'action de la DGS, tel qu'il résulte de la loi du 9 août 2004, comme la contribution de la direction à sa mise en œuvre, comportent encore des ambiguïtés dans leurs objectifs et leurs moyens.

a) La définition des objectifs

Pour la plupart, les unités de la DGS en charge de la stratégie peinent à investir le contenu de leurs attributions et, sauf exception, n'interviennent qu'à la marge dans la conception d'ensemble des objectifs de la politique de santé publique. Ainsi, le bureau « analyse des besoins et objectifs de santé » s'est longtemps consacré à des tâches d'assistance et de suivi d'instances nationales de débat avant de trouver, pour quelques uns de ses collaborateurs, un second souffle dans la préparation du projet devenu la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Plus

44) Plan national de lutte contre le cancer, plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives, plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement, plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares.

généralement, les synergies sous-jacentes aux attributions des différents bureaux de la sous-direction « politique de santé et stratégies » comme de la sous-direction « qualité du système de santé » sont insuffisamment exploitées et ne permettent pas d'impulser des problématiques communes.

Par ailleurs, sous la législature précédente, des priorités de santé publique ont été définies lors de décisions ponctuelles, pilotées directement par le cabinet du ministre. Les domaines pris en compte n'ont pas été retenus au terme d'une réflexion d'ensemble visant à hiérarchiser des choix, mais en fonction de la perception des nécessités propres à chacun d'eux. La DGS a apporté un soutien technique à la rédaction des 29 « plans », « programmes » ou « stratégies » annoncés, sans toutefois jouer, de manière générale, le rôle de proposition qui aurait dû être le sien.

Les objectifs poursuivis dans les 29 plans précités comme les moyens à mettre en œuvre ont un degré de précision variable. En outre, la multiplication de plans de même niveau d'importance a engendré des redondances et des confusions. Les outils de prévention sont souvent les mêmes et la prise en charge à partir des mêmes facteurs de risques fait appel aux mêmes techniques de base. Les informations fragmentaires rassemblées par la DGS sur leur mise en œuvre font apparaître que la plupart des plans n'ont pas de dispositif d'évaluation ni, pour certains, de comité de pilotage national (sida et personnes âgées fragiles notamment).

Pour préparer le projet de loi relative à la politique de santé publique, la DGS a sollicité les compétences d'un « groupe technique national de définition des objectifs » (GTNDO)⁴⁵ qui a appréhendé l'ensemble des problèmes de santé qui lui paraissaient pouvoir l'être. Ses travaux lui ont permis de proposer au ministre 100 objectifs de santé publique correspondant aux améliorations attendues de l'état de santé de la population à horizon de cinq ans. Une vingtaine d'objectifs ont vocation à donner des éléments de mesure des résultats des cinq « plans stratégiques » retenus.

Si elle indique que des programmes de santé viendront préciser son application, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ne fait pas toutefois apparaître ceux des 100 objectifs pour lesquels les pouvoirs publics utiliseront ce cadre d'action. A défaut d'une définition rapide de buts à atteindre dans le cadre de nouveaux programmes de santé venant, s'il y a lieu, parachever ceux déjà engagés ou en renouveler les

45) Réunissant la plupart des administrations centrales concernées, la plupart des agences sanitaires, les caisses nationales d'assurance maladie, le Haut Comité de santé publique et un « panel » de 68 experts.

approches, on peut craindre un enlisement dans la reconduction des actions déjà mises en œuvre, pour lesquelles d'importants moyens budgétaires ont été attribués au ministère de la santé (voir II – D – *supra*). Par ailleurs, les indicateurs de suivi des objectifs n'ont pas encore tous été définis ou chiffrés.

Conjuguée avec la loi organique, la loi du 9 août 2004 devrait être pourtant l'occasion d'une importante amélioration en matière de programmation de santé publique en obligeant à préciser les objectifs, les moyens mis en œuvre et à définir des indicateurs de résultat.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En 2000, la DGS s'est vu reconnaître par les textes des responsabilités accrues dans la conception et la mise en œuvre de la politique de prévention et de protection de la santé. La refonte de l'organisation interne, les efforts déployés pour améliorer quantitativement et qualitativement les moyens humains, les travaux méthodologiques engagés pour structurer son activité comme la réflexion sur les objectifs de santé publique témoignent de la capacité d'évolution de la direction.

Pendant, sa capacité à proposer et conduire la politique de santé publique demeure trop limitée. La Cour formule à cet égard les recommandations suivantes.

Les bases d'une organisation interministérielle plus efficace doivent être mises en place. En particulier, pour les risques du milieu, les relations entre la DGS et les autres administrations concourant à la politique de santé publique devraient être formalisées.

En ce qui concerne le réseau des agences sanitaires, la DGS devrait, au minimum, disposer, dans la tutelle de chaque agence, d'une primauté claire, appuyée sur les prérogatives et les moyens budgétaires nécessaires. Un contrat d'objectifs et de moyens, ou au moins une lettre de mission, devrait être établie pour chaque agence. La capacité d'expertise sur laquelle peut s'appuyer la DGS demeure à conforter notamment via l'AFSSE en matière d'environnement et grâce au CSHPF.

Les dispositifs prévus pour assurer la synergie entre la politique de santé et les moyens de l'assurance maladie, notamment ceux du FNPEIS, doivent être mis en place.

A l'intérieur du ministère de la santé, les attributions respectives de la DGS et de la DHOS doivent être clarifiées.

Si la DGS a bénéficié d'une augmentation de ses effectifs, ses moyens demeurent à ajuster sur deux points : d'une part pour permettre

des recrutements adaptés d'agents contractuels, d'autre part, pour assurer la régularisation de la situation des agents mis à disposition par d'autres organismes et dont la rémunération ne leur est aujourd'hui pas remboursée. La gestion des ressources humaines doit être améliorée.

L'organisation et le fonctionnement de la DGS ainsi que ses relations avec les services déconcentrés doivent être améliorés. Les tâches de gestion doivent être externalisées afin de concentrer les moyens de la direction sur la conception et l'évaluation des politiques. Une transposition plus rapide des directives communautaires suppose que leur négociation puis leur transposition soient confiées à des mêmes responsables. Les instructions données aux services déconcentrés doivent mieux sérier les priorités, être plus adaptées aux moyens réels des services et être accompagnées des outils méthodologiques nécessaires.

La Cour estime que la mise en œuvre de ces recommandations est indispensable pour donner à la politique de santé toute l'ampleur qui devrait lui revenir parmi les politiques de l'Etat.

*RÉPONSE DU MINISTRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA
FAMILLE*

J'ai l'honneur de vous faire connaître les principaux commentaires qu'appelle ma part l'insertion au rapport public annuel 2004 de la Haute juridiction concernant la direction générale de la santé.

Les observations suivent le plan adopté par le texte de l'insertion.

Point I-A – L'articulation avec les autres ministères

La loi relative à la politique de santé publique réaffirme le rôle du ministre de la santé en matière de coordination interministérielle de la politique de santé publique : un nouvel outil est mis à sa disposition avec le Comité national de santé publique dont le décret d'application est en cours de rédaction. Ce comité devrait être le lieu privilégié de concertation sur toutes questions touchant aux problèmes de santé. De même au niveau régional, la création de pôles autour du préfet, dont l'un est dirigé par le DRASS, est de nature à améliorer l'articulation des politiques ministérielles. Enfin, le groupement régional de santé publique (GRSP), instauré également par la loi du 9 août 2004, est également une instance nouvelle dont un des objectifs est la coordination des actions de santé publique menées sur les territoires et notamment par les différents départements ministériels.

Point II.B – La fixation d'objectifs aux relais institutionnels

Une démarche d'élaboration d'un contrat d'objectifs et de moyens :

Cette démarche est en cours avec l'ensemble des agences et organismes sous tutelle et avec la volonté d'aboutir à des contrats signés avant la fin 2005. Cette démarche est bien avancée avec l'InVS, l'ABM, l'AFSSAPS, l'EFS, l'INPES. Elle rencontre des difficultés pour ce qui concerne l'AFSSA compte tenu du nombre de ministères exerçant la tutelle et l'AFSSE sur laquelle se concentrent de nombreuses réflexions en ce moment, pour intégrer un volet beaucoup plus important qu'aujourd'hui en matière de santé au travail. Enfin la démarche n'est réellement pas entamée avec l'Institut du Cancer qui se met tout juste en place.

Le rôle et les moyens en personnel :

Selon la Cour : « De manière générale, les sous-directions sectorielles ont insuffisamment investi l'exercice de la tutelle. Pendant longtemps, les tâches relatives à la tutelle sur l'AFSSAPS, première agence par l'autonomie et les moyens qui lui sont reconnus, n'ont pas été attribuées à un agent déterminé au sein de la sous-direction compétente. Celle de la principale agence d'évaluation des risques, l'InVS, est confiée à une sous-direction qui n'a pas, autant qu'elles d'attributions en matière de veille et de sécurité sanitaire. ».

Il y aujourd'hui au sein de la DGS trois administrateurs civils dont la mission est entièrement consacrée à l'exercice de la tutelle sur une ou plusieurs agences. Cela concerne notamment l'AFSSAPS, l'InVS et l'INPES. Par ailleurs, un directeur de projet placé auprès du directeur général, devrait être prochainement nommé pour le développement et l'animation du programme veille et sécurité sanitaire qui intègre la plupart des agences sanitaires sur lesquelles la DGS exerce une tutelle. Ce directeur de projet aura aussi notamment pour mission d'animer un réseau interne à la direction, des agents participant à ces exercices de tutelle. Enfin, il n'est pas exact que la première sous-direction qui assure le pilotage de la tutelle de l'InVS n'a pas d'attributions en lien avec l'InVS. Cette sous-direction est notamment responsable de manière transversale de l'observation en matière de santé qui est une mission importante de l'agence.

Point III. A. 2 – Un manque d'attractivité

Selon la Cour : « - une partie des emplois a connu ou continue à connaître une vacance prolongée : début septembre 2004, à la date de sa transformation en dépit des situations d'urgence sanitaire, un quart des emplois attribués au bureau en charge des alertes et des crises sanitaires demeurait vacant ; ».

La date choisie est semble-t-il trop récente pour être pleine de sens. En septembre 2004, l'arrêté instituant un nouveau département des situations d'urgences sanitaire était en cours de publication et la nouvelle organisation était en train de se mettre en place avec un effectif pour ce département de 22 personnes.

En septembre 2004, 15 postes étaient pourvus (soit l'effectif attribué au bureau des alertes et des problèmes émergents avant à la constitution du département). Durant le 4ème trimestre 2004, 3 recrutements récents ont même porté les effectifs du département des situations d'urgence sanitaire à 18. Début 2005, 4 postes (dont 1 poste pour le secrétariat) sont vacants, les recrutements sont en cours.
