

LOI
Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1)

NOR: SANX0300055L

Version consolidée au 27 mars 2010

TITRE Ier : POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Chapitre Ier : Champ d'application et conditions d'élaboration.

Article 1

Est autorisée la ratification de la convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac, faite à Genève le 21 mai 2003, et dont le texte est annexé à la présente loi.

Article 2

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de l'éducation - art. L541-3 (V)
- Modifie Code de l'éducation - art. L831-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1411-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1411-1-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1411-2 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1411-3 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1411-4 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1411-5 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1413-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L2325-3 (V)

Chapitre II : Objectifs et plans régionaux de santé publique.

Article 3

I., II., IV. - (Paragraphe modificateurs)

III. - Les programmes régionaux de santé mentionnés à l'article L. 1411-3-3 du même code dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente loi et en cours à cette date ainsi que les schémas régionaux d'éducation pour la santé sont poursuivis jusqu'à leur terme.

Article 4

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Loi n°1935-07-02 du 2 juillet 1935 - art. 2 (V)
- Modifie Loi n°1935-07-02 du 2 juillet 1935 - art. 6 (V)
- Modifie Loi n°1935-07-02 du 2 juillet 1935 - art. 7 (V)
- Modifie Code de l'action sociale et des familles - art. L312-3 (M)
- Modifie Code de l'action sociale et des familles - art. L312-5 (M)
- Modifie Code de l'action sociale et des familles - art. L313-12 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1112-3 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1331-25 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1331-27 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1331-28 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1332-4 (M)
- Abroge Code de la santé publique - art. L1411-3-1 (Ab)
- Abroge Code de la santé publique - art. L1411-3-2 (Ab)
- Abroge Code de la santé publique - art. L1411-3-3 (Ab)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1417-6 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L2311-5 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3111-3 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3112-1 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3113-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3114-1 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3114-3 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3322-11 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3811-6 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3812-3 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3812-7 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5132-4 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5231-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5231-2 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6112-6 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6114-3 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6115-4 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6115-9 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6162-5 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6162-6 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6162-9 (M)
- Modifie Code minier - art. *104-2 (M)

Article 5

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1114-1 (M)

Article 6

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1114-1 (M)

TITRE II : INSTRUMENTS D'INTERVENTION

Chapitre Ier : Institutions et organismes.

Article 7

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1417-1 (V)
- Abroge Code de la santé publique - art. L1417-2 (Ab)
- Abroge Code de la santé publique - art. L1417-3 (Ab)
- Abroge Code de la santé publique - art. L1417-4 (Ab)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1417-5 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1417-6 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1417-7 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1417-8 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1417-9 (V)
- Abroge Code de la santé publique - art. L3411-4 (Ab)
- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L221-1 (M)

Article 8

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la santé publique - art. L1411-14 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1411-15 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1411-16 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1411-17 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1411-18 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1411-19 (V)

Chapitre II : Programmes de santé et dispositifs de prévention.

Article 9

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L2325-1 (M)

Article 10

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1411-6 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L1411-7 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1411-8 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1411-9 (V)
- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L321-1 (M)

Article 11

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L3111-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3111-2 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3111-5 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3116-1 (V)

Article 12

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la santé publique - art. L3121-3 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L3121-4 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L3121-5 (M)

Article 13

A modifié les dispositions suivantes :

- Transfère Code de la santé publique - art. L3114-6 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3114-6 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L3114-7 (V)

Article 14

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L162-12-19 (M)

TITRE III : MODERNISATION DU SYSTÈME DE VEILLE, D'ALERTE ET DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE

Chapitre Ier : Veille et alerte.

Article 15

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1413-2 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1413-3 (V)

Article 16

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1413-4 (V)

Article 17

A modifié les dispositions suivantes :

- Transfère Code de la santé publique - art. L1413-15 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1413-15 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1413-16 (V)

Chapitre II : Prévention et gestion des menaces sanitaires graves et des situations d'urgence.

Article 18

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1311-4 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L3110-1 (T)
- Crée Code de la santé publique - art. L3110-2 (T)
- Crée Code de la santé publique - art. L3110-3 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L3110-4 (T)
- Crée Code de la santé publique - art. L3110-5 (T)
- Abroge Code de la santé publique - art. L3114-4 (Ab)

Article 19

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la santé publique - art. L3110-6 (T)

Article 20

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la santé publique - art. L3110-10 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L3110-7 (T)
- Crée Code de la santé publique - art. L3110-8 (T)
- Crée Code de la santé publique - art. L3110-9 (T)
- Crée Code de la santé publique - art. L3116-3-1 (T)

Article 21

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1413-4 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1413-5 (M)

Article 22

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L3114-1 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L3114-7 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L5139-1 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L5139-2 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L5139-3 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5311-1 (M)

Article 23

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L5124-6 (M)

Chapitre III : Systèmes d'information.

Article 24

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L2132-3 (V)
- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L161-28-1 (M)
- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L161-29 (M)
- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L161-29 (V)

Article 25

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code général des collectivités territoriales - art. L2223-42 (V)

Chapitre IV : Modalités d'investissement et d'intervention.

Article 26

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code général des collectivités territoriales - art. L1521-1 (V)
- Crée Code général des collectivités territoriales - art. L1522-6 (V)

Article 27

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de justice administrative. - art. L554-6 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6133-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6133-5 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6143-1 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6143-4 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6145-7 (M)
- Modifie Code des juridictions financières - art. L235-1 (V)
- Modifie Code général des collectivités territoriales - art. L1524-1 (V)
- Modifie Code général des collectivités territoriales - art. L1524-2 (V)
- Modifie Code général des collectivités territoriales - art. L1524-5 (V)

Article 28

Les conditions d'élaboration des statistiques relatives aux accidents corporels de la circulation routière et leurs conséquences médicales sont déterminées par un arrêté signé conjointement par les ministres chargés de la santé et des transports.

TITRE IV : OBJECTIFS ET MISE EN OEUVRE DES PLANS NATIONAUX

Chapitre Ier : Rapport d'objectifs.

Article 29

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la santé publique - art. L2133-1 (M)

Article 30

Les distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants et accessibles aux élèves sont interdits dans les établissements scolaires à compter du 1er septembre 2005.

Article 31

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la consommation - art. L214-1 (M)

Article 32

Est approuvé le rapport d'objectifs de santé publique pour les années 2004 à 2008 annexé à la présente loi.

Chapitre II : Cancer et consommations à risques.

Article 33

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la santé publique - art. L1415-2 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1415-3 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1415-4 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1415-5 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1415-6 (V)

Article 34

Les mesures de dépistage du cancer comporteront un programme spécifique destiné à favoriser l'approche et le suivi des populations confrontées à l'exclusion.

Article 35

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1333-11 (M)

Article 36

A modifié les dispositions suivantes :

- Créé Code de la santé publique - art. L3512-4 (M)
- Modifie Code du travail - art. L611-1 (AbD)

Article 37

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L3512-1 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3512-2 (M)
- Créé Code de la santé publique - art. L3512-3 (M)

Article 38

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie CODE GENERAL DES IMPOTS, CGI. - art. 572 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3511-3 (M)

Article 39

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L3511-3 (M)

Article 40

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L3512-2 (M)

Article 41

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la consommation - art. L141-1 (M)
- Créé Code de la santé publique - art. L3351-8 (V)

Article 42 (abrogé)

- Abrogé par LOI n°2009-526 du 12 mai 2009 - art. 80

Article 43

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L3355-1 (V)

Article 44

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie CODE GENERAL DES IMPOTS, CGI. - art. 1613 bis (V)

Article 45

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L3311-3 (V)

Article 46

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L3332-11 (V)
- Abroge Code de la santé publique - art. L3332-13 (Ab)

Article 47

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L5121-1 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5121-12 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5126-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5126-10 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5126-2 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5126-3 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5126-7 (V)
- Abroge Code de la santé publique - art. L5126-8 (Ab)

Article 48

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de l'éducation - art. L312-16 (V)

Article 49

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de l'éducation - art. L312-17 (V)

Article 50

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de l'éducation - art. L631-3 (V)

Article 51

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de l'éducation - art. L312-18 (V)

Article 52

- Modifié par Ordonnance n°2010-331 du 25 mars 2010 - art. 41

L'usage du titre de psychothérapeute est réservé aux professionnels inscrits au registre national des psychothérapeutes.

L'inscription est enregistrée sur une liste dressée par le représentant de l'Etat dans le département de leur résidence professionnelle ou à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin, à Mayotte ou à Saint-Pierre-et-Miquelon. Elle est tenue à jour, mise à la disposition du public et publiée régulièrement. Cette liste mentionne les formations suivies par le professionnel. En cas de transfert de la résidence professionnelle dans un autre département ou à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin, à Mayotte ou à Saint-Pierre-et-Miquelon, une nouvelle inscription est obligatoire. La même obligation s'impose aux personnes qui, après deux

ans d'interruption, veulent à nouveau faire usage du titre de psychothérapeute.
Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article et les conditions de formation théorique et pratique en psychopathologie clinique que doivent remplir les professionnels souhaitant s'inscrire au registre national des psychothérapeutes. Il définit les conditions dans lesquelles les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur agréent les établissements autorisés à délivrer cette formation. L'accès à cette formation est réservé aux titulaires d'un diplôme de niveau doctorat donnant le droit d'exercer la médecine en France ou d'un diplôme de niveau master dont la spécialité ou la mention est la psychologie ou la psychanalyse.
Le décret en Conseil d'Etat définit les conditions dans lesquelles les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine, les personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue dans les conditions définies par l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et les psychanalystes régulièrement enregistrés dans les annuaires de leurs associations peuvent bénéficier d'une dispense totale ou partielle pour la formation en psychopathologie clinique.
Le décret en Conseil d'Etat précise également les dispositions transitoires dont peuvent bénéficier les professionnels justifiant d'au moins cinq ans de pratique de la psychothérapie à la date de publication du décret.

Chapitre III : Santé et environnement.

Article 53

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la santé publique - art. L1311-6 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1311-7 (V)

Article 54

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1311-1 (V)
- Abroge Code de la santé publique - art. L1311-5 (Ab)

Article 55

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1413-4 (V)

Article 56

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1321-1 (V)

Article 57

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1321-2 (M)

Article 58

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la santé publique - art. L1321-2-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1321-3 (V)

Article 59

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de l'urbanisme - art. L211-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1321-2 (M)

Article 60

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1321-4 (M)

Article 61

L'article L. 1321-5 du code de la santé publique est abrogé.

Article 62

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1321-6 (V)

Article 63

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1321-7 (M)

Article 64

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1321-10 (V)

Article 65

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1322-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1322-10 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1322-11 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1322-12 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1322-13 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1322-2 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1322-3 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1322-4 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1322-5 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1322-6 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1322-7 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1322-8 (V)

Article 66

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1322-2 (V)

Article 67

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1322-13 (M)
- Abroge Code de la santé publique - art. L1322-9 (Ab)

Article 68

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1324-1 (M)

Article 69

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1324-2 (V)

Article 70

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1324-1 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L1324-1 A (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1324-1 B (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1324-2 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1324-3 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1324-4 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1324-5 (V)

Article 71

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1324-3 (V)

Article 72

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1334-1 (M)

Article 73

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1334-2 (M)

Article 74

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1334-3 (M)

Article 75

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1334-4 (M)

Article 76

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie CODE GENERAL DES IMPOTS ANNEXE 3, CGIAN3. - art. 2 quindecies A (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1334-10 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L1334-11 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L1334-12 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L1334-13 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1334-5 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1334-6 (M)
- Transfère Code de la santé publique - art. L1334-6 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1334-7 (M)
- Transfère Code de la santé publique - art. L1334-7 (T)
- Crée Code de la santé publique - art. L1334-8 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L1334-9 (M)

Article 77

I., II. - (Paragraphe modificateurs)

III. - Toutefois, à titre transitoire les dispositions des articles L. 1334-1 à L. 1334-6 du code de la santé publique dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi restent applicables jusqu'à la publication des décrets prévus par les dispositions du chapitre IV du titre III du livre III de la première partie du même code dans sa rédaction issue de la présente loi.

Article 78

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Loi n°89-462 du 6 juillet 1989 - art. 3 (M)

Article 79

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L5232-1 (V)

Article 80

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la santé publique - art. L1333-21 (M)
- Crée Code des postes et des communications électronique - art. L96-1 (V)

Article 81

A modifié les dispositions suivantes :

- Créé Code de la santé publique - art. L1335-2-1 (M)
- Créé Code de la santé publique - art. L1335-2-2 (M)
- Créé Code de la santé publique - art. L1335-2-3 (M)
- Créé Code de la santé publique - art. L1336-10 (Ab)

Article 82

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1312-1 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1333-17 (M)
- Transfère Code de la santé publique - art. L1333-17 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1333-18 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1333-19 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1333-20 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1333-4 (M)
- Créé Code de la santé publique - art. L1336-1-1 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1336-6 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1421-2 (V)

Article 83

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1421-4 (V)

TITRE V : RECHERCHE ET FORMATION EN SANTÉ

Chapitre Ier : Ecole des hautes études en santé publique.

Article 84

A modifié les dispositions suivantes :

- Créé Code de l'éducation - art. L756-2 (V)

Article 85

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1415-1 (V)

Article 86

L'Ecole des hautes études en santé publique assume en lieu et place de l'Ecole nationale de la santé publique les droits et obligations de l'employeur vis-à-vis de ses personnels. Ceux-ci conservent les mêmes conditions d'emploi.

Les biens, droits et obligations de l'Ecole nationale de la santé publique sont transférés à l'Ecole des hautes études en santé publique. Ce transfert est exonéré de tous droits ou taxes et ne donne pas lieu à rémunération.

Article 87

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Loi n°68-690 du 31 juillet 1968 - art. 24 (V)

Chapitre II : Recherches biomédicales.

Article 88

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie CODE GENERAL DES IMPOTS, CGI. - art. 81 (M)
- Modifie Code de la recherche - art. L223-1 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1121-1 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1121-10 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1121-11 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1121-12 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1121-13 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1121-14 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1121-15 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1121-16 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1121-17 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1121-2 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1121-3 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1121-4 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1121-5 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1121-6 (V)
- Transfère Code de la santé publique - art. L1121-7 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1121-7 (V)
- Transfère Code de la santé publique - art. L1121-8 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1121-8 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1121-9 (V)

Article 89

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1122-1 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1122-1-1 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1122-1-2 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1122-2 (V)

Article 90

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1123-1 (M)
- Transfère Code de la santé publique - art. L1123-10 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1123-10 (V)
- Transfère Code de la santé publique - art. L1123-11 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1123-11 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1123-12 (V)

- Crée Code de la santé publique - art. L1123-13 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1123-14 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1123-2 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1123-3 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1123-4 (Ab)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1123-5 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1123-6 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1123-7 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1123-8 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1123-9 (V)

Article 91

Le chapitre IV du titre II du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est abrogé.

Article 92

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1125-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1125-2 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1125-3 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1125-4 (V)
- Abroge Code de la santé publique - art. L1125-5 (Ab)

Article 93

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1126-3 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1126-5 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1126-6 (V)

Article 94

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1126-1 (V)
- Modifie Code pénal - art. 223-8 (V)

Article 95

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1142-3 (V)

Article 96

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la santé publique - art. L5121-1-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5124-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5126-1 (V)

- Modifie Code de la santé publique - art. L5126-11 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5126-12 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5126-5 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5211-3 (V)

Article 97

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Loi n°2004-800 du 6 août 2004 - art. 39 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1221-8-1 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1243-3 (V)
- Abroge Code de la santé publique - art. L2141-6 (Ab)

Chapitre III : Formation médicale continue.

Article 98

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L4133-1 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4133-2 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4133-3 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4133-4 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4133-5 (Ab)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4133-6 (V)
- Transfère Code de la santé publique - art. L4133-7 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4133-7 (V)
- Abroge Code de la santé publique - art. L4133-8 (Ab)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6155-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6155-2 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6155-3 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6155-5 (V)

Article 99

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la santé publique - art. L4143-1 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L4153-1 (V)
- Transfère Code de la santé publique - art. L4242-1 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4242-1 (V)
- Transfère Code de la santé publique - art. L4242-2 (T)
- Crée Code de la santé publique - art. L4243-1 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L4243-2 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4381-1 (Ab)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4381-2 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4381-3 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L4382-1 (M)

Article 100

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L4236-1 (V)

- Modifie Code de la santé publique - art. L4236-2 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4236-3 (V)
- Transfère Code de la santé publique - art. L4236-4 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4236-4 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L4236-5 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L4236-6 (V)

TITRE VI : DISPOSITIONS DIVERSES.

Article 101

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L2122-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4151-1 (V)

Article 102

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L5134-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5434-2 (V)

Article 103

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L4151-2 (V)

Article 104

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L4151-3 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4151-4 (M)

Article 105

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de l'éducation - art. L631-1 (M)

Article 106

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L4151-6 (M)

Article 107

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L4151-7 (M)

Article 108

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L4321-10 (M)

- Crée Code de la santé publique - art. L4321-13 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L4321-14 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L4321-15 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L4321-16 (AbD)
- Crée Code de la santé publique - art. L4321-17 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L4321-18 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4321-19 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4321-20 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4321-21 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4391-3 (Ab)

Article 109

A modifié les dispositions suivantes :

Article 110

I., II., III. - (Paragraphe modificateurs)

IV. - Les dispositions de l'article 109 concernant les masseurs-kinésithérapeutes et relatives aux articles L. 145-5-1, L. 145-5-2, L. 145-5-3, L. 145-5-4, L. 145-5-5, L. 145-7-1, L. 145-7-2, L. 145-7-3, L. 145-9-1 et L. 145-9-2 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux pédicures-podologues.

Article 111

A modifié les dispositions suivantes :

- Transfère Code de la santé publique - art. L1132-1 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1132-1 (V)
- Transfère Code de la santé publique - art. L1132-2 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1132-2 (V)
- Transfère Code de la santé publique - art. L1132-3 (T)
- Transfère Code de la santé publique - art. L1132-4 (T)
- Transfère Code de la santé publique - art. L1132-5 (T)
- Crée Code de la santé publique - art. L1133-1 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1133-10 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L1133-11 (Ab)
- Crée Code de la santé publique - art. L1133-2 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1133-3 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1133-4 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L1133-5 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1133-6 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1133-7 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1133-8 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L1133-9 (M)

Article 112

A modifié les dispositions suivantes :

- Transfère Code de la santé publique - art. L4241-10 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4241-10 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4241-11 (AbD)
- Transfère Code de la santé publique - art. L4241-11 (T)
- Crée Code de la santé publique - art. L4241-12 (V)
- Transfère Code de la santé publique - art. L4241-5 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4241-5 (V)
- Transfère Code de la santé publique - art. L4241-6 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4241-6 (V)
- Transfère Code de la santé publique - art. L4241-7 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4241-7 (V)
- Transfère Code de la santé publique - art. L4241-8 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4241-8 (V)
- Transfère Code de la santé publique - art. L4241-9 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4241-9 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L4243-1 (M)

Article 113

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 105 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1142-11 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1142-12 (V)

Article 114

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1142-1 (V)

Article 115

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1142-22 (AbD)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1142-23 (M)

Article 116

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1221-13 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1223-1 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1223-3 (M)

Article 117

I., II. - (Paragraphe modificateurs)

III. - Les dispositions de l'article L. 1413-14 et du 3° de l'article L. 1413-16 du même code concernant les événements indésirables graves liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention autres que des infections nosocomiales sont applicables après une période d'expérimentation menée sous la

responsabilité de l'Institut de veille sanitaire d'une durée maximale de trois ans à compter de la publication de la présente loi. Les modalités de cette expérimentation sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 118

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L3111-9 (V)

Article 119

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L3122-1 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3122-2 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3122-3 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3122-4 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3122-5 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3122-6 (M)

Article 120

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L3211-3 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L3222-1-1 (V)

Article 121

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L4001-1 (Ab)

Article 122

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L4122-3 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4124-7 (M)

Article 123

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L4211-3 (V)

Article 124

I. - (Paragraphe modificateur)

II. - Les dispositions du présent article, à l'exception du H, entreront en vigueur à la proclamation des résultats des élections ordinaires de 2005.

Article 125

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L4234-3 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4234-4 (M)

Article 126

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L4234-6 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4234-8 (M)

Article 127

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L5122-6 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5422-5 (V)

Article 128

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L5123-2 (M)
- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L162-17 (M)

Article 129

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la santé publique - art. L5212-3 (V)

Article 130 (abrogé)

- Abrogé par Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 - art. 2

Article 131 (abrogé)

- Abrogé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 51

Article 132

- Créé par LOI 2004-806 2004-08-09 JORF 11 août 2004 et rectificatif JORF 12 août 2004

A la date d'entrée en vigueur du décret en Conseil d'Etat pris en application de l'article 119 de la présente loi, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales mentionné à l'article L. 1142-22 du code de la santé publique est substitué au fonds d'indemnisation prévu à l'article L. 3122-1 du même code dans l'ensemble de ses droits et obligations. Ce transfert est effectué à titre gratuit et ne donne lieu ni à imposition ni à rémunération.

Article 133

En vertu de la dérogation prévue à l'article 16 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, les médecins et pharmaciens hospitaliers visés au 1° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique peuvent être intégrés à l'inspection générale des affaires sociales.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article.

Article 134

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Loi n°91-73 du 18 janvier 1991 - art. 9 (V)
- Modifie Loi n°95-116 du 4 février 1995 - art. 2 (V)

Article 135

A compter du 1er janvier 2004, les praticiens visés à l'article L. 6152-1 du code de la santé publique peuvent être autorisés à prolonger leur activité dans un établissement de santé après la limite d'âge qui leur est applicable, dans la limite de trente-six mois maximum, sous réserve d'aptitude médicale.

Les conditions d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.

Article 136

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L4111-2 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4111-5 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4141-1 (V)

Article 137

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L6221-9 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6222-4 (V)

Article 138

Dans les établissements publics de santé, pour les médecins et infirmiers visés au 7° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ou visés à l'article L. 84 du code des pensions civiles et militaires de retraite, la limite d'âge fixée à l'article 20 de la loi n° 47-1455 du 4 août 1947 n'est pas opposable.

Article 139

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la santé publique - art. L5131-10 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L5131-11 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5131-6 (V)
- Transfère Code de la santé publique - art. L5131-9 (T)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5131-9 (V)

Article 140

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L5212-1 (V)

Article 141

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L6133-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6133-2 (M)

Article 142

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validées :

1° En tant qu'elles sont intervenues à la suite du concours national de praticien hospitalier de type II dans la spécialité neurochirurgie organisé au titre de l'année 2001 et annulées par décision du Conseil d'Etat en date du 28 novembre 2003, les nominations prononcées en vertu de l'arrêté du 25 février 2002 fixant les listes d'aptitude établies à l'issue du concours national de praticien hospitalier 2001 ;

2° En tant qu'elles sont intervenues à la suite du concours national de praticien hospitalier de type II dans la spécialité ophtalmologie organisé au titre de l'année 2000 et annulées par décision du Conseil d'Etat en date du 17 décembre 2003, les nominations prononcées en vertu de l'arrêté du 23 février 2001 fixant les listes d'aptitude établies à l'issue du concours national de praticien hospitalier 2000 ;

3° En tant qu'elles sont intervenues à la suite du concours national de praticien hospitalier de type I et II dans la spécialité épidémiologie, économie de la santé, prévention, biostatistique et informatique médicale organisé au titre de l'année 2002 et annulées par décision du Conseil d'Etat en date du 23 février 2004, les nominations prononcées en vertu de l'arrêté du 24 février 2003 fixant les listes d'aptitude établies à l'issue du concours national de praticien hospitalier 2002.

Article 143

La qualité d'étudiants sages-femmes est reconnue aux candidats entrés en formation à

l'école du centre hospitalier universitaire de Strasbourg, à la suite du concours organisé les 18 et 19 mai 2000.

Article 144 (abrogé)

- Abrogé par LOI n°2009-526 du 12 mai 2009 - art. 80

Article 145

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L4112-2 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4222-6 (V)

Article 146

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L4131-1 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L4131-4-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4141-3 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L4141-3-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4151-5 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4161-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4161-2 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4311-3 (V)

Article 147

A modifié les dispositions suivantes :

- Abroge Code de la santé publique - art. L4221-6 (Ab)

Article 148

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L5121-20 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5121-7 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5131-5 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5141-16 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5141-4 (M)

Article 149

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la santé publique - art. L513-10-1 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L513-10-2 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L513-10-3 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L513-10-4 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L5311-1 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L5437-1 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L5437-2 (V)

Article 150

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L5424-1 (M)

Article 151

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L5424-2 (V)

Article 152

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L5424-13 (V)

Article 153

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie CODE GENERAL DES IMPOTS, CGI. - art. 1382 (M)
- Modifie Code de justice administrative. - art. L551-1 (M)
- Modifie Code de justice administrative. - art. L554-5 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6145-6 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6148-2 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6148-3 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6148-5 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L6148-5-1 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L6148-5-2 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L6148-5-3 (V)
- Modifie Code monétaire et financier - art. L313-29-1 (V)

Article 154

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la santé publique - art. L6211-2-1 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L6214-2 (V)

Article 155

La durée du mandat des membres de la commission statutaire nationale prévue à l'article 24 du décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers, et de celui des membres des conseils de discipline des praticiens hospitaliers et des praticiens exerçant leurs fonctions à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics prévue à l'article 5 du décret n° 85-1295 du 4 décembre 1985 fixant la composition et les règles de fonctionnement des conseils de discipline des praticiens hospitaliers et des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics régis par les décrets n° 84-131 du 24 février 1984 et n° 85-384 du 29 mars 1985 et de la commission nationale compétente pour les nominations des chefs de service ou de département de psychiatrie prévue à l'article R. 714-21-17 du code de la santé publique est prorogée du 14 octobre 2003 au 14 octobre 2005.

La durée du mandat des membres de la commission paritaire nationale prévue à l'article 18 du décret n° 85-384 du 29 mars 1985 portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics est prorogée du 11 mai 2004 au 14 octobre 2005.

Article 156

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 44 (M)

Article 157

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les décisions notifiant aux établissements de santé une subvention au titre du fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux qui n'ont pas fait l'objet d'un versement ou ont fait l'objet d'un versement partiel à la date du 31 décembre 2003 sont rapportées en tant qu'elles concernent la subvention ou la partie de la subvention non perçue par ces établissements.

Article 158

I. - A partir de la publication de la présente loi et jusqu'à l'expiration d'un délai de six mois à compter de la publication de la première décision prononçant les agréments prévus à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique :

1° Les représentants des usagers du système de santé, dans les instances hospitalières ou de santé publique, prévus par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ou par des textes postérieurs à sa publication, sont désignés pour un an, par l'autorité administrative compétente, parmi les membres des associations régulièrement déclarées ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades ;

2° Les représentants des usagers du système de santé, dans les instances hospitalières ou de santé publique, prévus par des textes antérieurs à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 précitée sont désignés dans les conditions définies par ces textes, à l'exception de la durée du mandat, qui est limitée à un an.

II. - Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les nominations des représentants des usagers du système de santé au sein des instances mentionnées au I, intervenues entre la publication de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 précitée et la publication de la présente loi, sont validées en tant qu'elles ont été effectuées parmi les membres d'associations non agréées conformément à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

Article 159

· Créé par Ordonnance n°2008-1339 du 18 décembre 2008 - art. 7

Le 7° de l'article 82, l'article 104 et le I de l'article 117 de la présente loi sont applicables à Wallis-et-Futuna.

Annexes

RAPPORT D'OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE.

Article ANNEXE

Le rapport annexé à chaque projet de loi sur la politique de santé publique a pour objectif de définir le cadre de référence, les principes généraux et les méthodes qui constituent les fondements de la politique nationale de santé publique. Sur ces bases, le présent rapport décrit les objectifs quantifiés et les plans stratégiques qui constitueront la politique de santé publique de la période 2004-2008, ainsi qu'un ensemble d'indicateurs transversaux destinés à servir d'instrument de pilotage.

1. Le cadre de référence

La politique de santé publique est le principal instrument dont se dote la Nation afin d'orienter et d'organiser son effort pour protéger, promouvoir et restaurer l'état de santé de l'ensemble de la population, ou de groupes ayant des traits communs, en s'attachant à corriger les inégalités.

L'élaboration de la politique de santé publique nécessite de distinguer deux niveaux dans l'approche de la santé : celui des personnes et celui de la population. Ces deux niveaux ne doivent pas être opposés. Ils sont complémentaires et doivent être soigneusement articulés. Si le but final est toujours d'améliorer la santé des personnes, les outils à mettre en oeuvre sont différents selon le niveau considéré.

Le niveau de la personne renvoie notamment aux comportements individuels, à l'action médicale et aux soins. A ce niveau, les professionnels de santé ont l'obligation de mettre en oeuvre les moyens permettant de faire le diagnostic de la maladie, de délivrer les traitements appropriés pour obtenir les résultats souhaités, notamment en termes de qualité de vie, et de suivre l'évolution du malade pour pouvoir adapter ce traitement si nécessaire.

Au niveau de la population, il est de même indispensable de partir de l'analyse des problèmes de santé et de l'identification des éléments qui déterminent leur survenue ou leur aggravation, de spécifier clairement les résultats attendus, de mettre en oeuvre les stratégies d'action qui sont les plus susceptibles d'être efficaces compte tenu des moyens disponibles et de suivre les résultats obtenus.

La politique de santé publique concerne les aspects populationnels de l'état de santé. Elle traite des déterminants dans l'environnement physique, social, économique et culturel qui contribuent à créer des conditions favorables pour améliorer l'état de santé, pour prévenir la survenue ou l'aggravation des maladies, pour réduire leurs conséquences sur les capacités fonctionnelles, l'activité et la qualité de vie des personnes touchées par la maladie. Elle incite les individus à faire eux-mêmes des efforts pour maîtriser et améliorer leur propre santé. L'approche populationnelle concerne aussi les caractéristiques des structures et de l'organisation qui facilitent l'accès aux services rendus par les professionnels de santé et qui conditionnent leur efficacité.

Dans ce cadre, la politique de santé publique définit, pour un ensemble de problèmes de

santé (pathologies et/ou déterminants), des objectifs de santé quantifiés susceptibles d'être atteints dans la population, ou dans des groupes spécifiques ayant des traits communs, à une échéance pluriannuelle (cinq ans).

Les objectifs quantifiés adoptés par la représentation nationale ont une valeur d'engagement : celui d'un résultat, en termes de santé, jugé atteignable compte tenu des connaissances et des moyens disponibles. Ces objectifs valent pour tous les acteurs du système de santé : l'organisation des soins devra les prendre en compte, de même que les discussions conventionnelles entre les professions de santé et les organismes de protection sociale. Les différentes politiques publiques devront y faire référence si elles ont des impacts sanitaires prévisibles.

A ces objectifs pluriannuels correspondent des indicateurs spécifiques permettant de mesurer et suivre les résultats obtenus. L'évaluation de l'atteinte des objectifs quantifiés contribue à l'évaluation de la performance du système de santé, et plus généralement à l'évaluation des politiques publiques qui ont un impact sur la santé de la population. Pour certains problèmes de santé, notamment ceux pour lesquels il y a nécessité de coordonner les actions d'intervenants multiples sur plusieurs années, la politique de santé publique définit des plans stratégiques pluriannuels organisant des ensembles d'actions et de programmes cohérents.

Chaque plan spécifie sur la période de temps considérée la relation entre les objectifs quantifiés à atteindre et les actions à mettre en oeuvre. Il définit les actions et les programmes qui doivent être entrepris et leurs modalités de mise en oeuvre pour atteindre un ensemble d'objectifs.

Cette démarche de planification stratégique donnera une meilleure lisibilité aux efforts consentis pour améliorer la santé. Elle sera mise en place progressivement.

Les objectifs et les plans stratégiques définis au niveau national sont déclinés au niveau régional ou à un niveau territorial approprié en fonction des caractéristiques spécifiques du problème de santé concerné, de ses déterminants, ou des conditions de mise en oeuvre des actions.

Les plans nationaux et régionaux font l'objet d'une évaluation explicite de la mise en oeuvre des actions programmées et des résultats effectivement obtenus.

2. Principes de la politique de santé publique

Les principes de la politique nationale de santé publique sont les règles auxquelles il faut se référer pour la définition des objectifs et pour l'élaboration et la mise en oeuvre des plans stratégiques de santé publique. Ces principes sont au nombre de neuf :

Principe de connaissance : principe selon lequel les objectifs sont définis et les actions sont choisies en tenant compte des meilleures connaissances disponibles ; réciproquement, la production de connaissances doit répondre aux besoins d'informations nécessaires pour éclairer les décisions.

Principe de réduction des inégalités : principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques de la fréquence et/ou de la gravité du problème visé, y compris les déterminants liés à des spécificités géographiques.

Principe de parité : principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les spécificités de la santé des hommes et de la santé des femmes.

Principe de protection de la jeunesse : principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte l'amélioration de la santé des nourrissons, des enfants et des adolescents.

Principe de précocité : principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent privilégier les actions les plus précoces possible sur les déterminants de la santé pour éviter la survenue ou l'aggravation de leurs conséquences.

Principe d'efficacité économique : principe selon lequel le choix des actions et des stratégies qu'elles composent s'appuie sur l'analyse préalable de leur efficacité et des ressources nécessaires.

Principe d'intersectorialité : principe selon lequel les stratégies d'action coordonnent autant que nécessaire les interventions de l'ensemble des secteurs concernés pour atteindre un objectif défini.

Principe de concertation : principe selon lequel la discussion des objectifs et l'élaboration des plans de santé publique doivent comporter une concertation avec les professionnels de santé, les acteurs économiques et le milieu associatif

Principe d'évaluation : principe selon lequel les objectifs de santé et les plans stratégiques doivent comporter dès leur conception les éléments qui permettront de faire l'évaluation des actions menées.

3. Méthodes de définition des objectifs de santé publique

La démarche présentée dans cette annexe vise à expliciter les éléments sur lesquels s'appuient l'identification et le choix des différents problèmes de santé, la définition des objectifs et l'identification des actions à mener.

3.1. Identification des problèmes de santé et appréciation de leur importance

La première étape porte sur l'identification des problèmes de santé et sur l'appréciation de leur retentissement.

3.1.1. Sélection des problèmes de santé

Le terme de "problème de santé" désigne les maladies qui retentissent sur l'état de santé de la population ainsi que les principaux déterminants associés à la survenue de ces maladies, à leur aggravation ou à l'importance de leur retentissement. Cette analyse par pathologie ou par déterminant peut être complétée par une analyse transversale permettant de mettre en évidence les problèmes communs à des groupes de population ainsi que par l'identification de services rendus par le système de santé dont l'amélioration est jugée importante.

Les critères utilisés pour apprécier l'importance d'un problème en termes de santé publique doivent être définis de façon explicite. Ils comprennent :

- d'une part, des éléments décrivant le retentissement du problème sur la santé en termes de morbidité et de mortalité évitables, de limitations fonctionnelles et de restrictions d'activité ou de qualité de vie des personnes atteintes ;
- d'autre part, l'expression de valeurs de notre société à un moment donné, en termes d'importance relative accordée à différents événements de santé ou à différents groupes démographiques et sociaux.

De plus, le constat d'un écart entre la situation observée en France et celle observée dans d'autres pays comparables ou l'existence d'écarts entre groupes de la population ou entre régions peuvent témoigner de l'existence d'inégalités, mais aussi de la possibilité de progrès réalisables.

3.1.2. Indicateurs d'importance

Les indicateurs qui permettent de décrire le retentissement des problèmes de santé reposent tout d'abord sur les données de mortalité et de morbidité :

a) Les données de mortalité, qui sont les plus robustes, sont basées en France sur un système cohérent d'analyse des certificats de décès. Ces données sont exhaustives et l'identification du décès ne présente aucune ambiguïté. Le rôle de certaines maladies peut toutefois être sous-estimé, notamment lorsque leur diagnostic est méconnu ou lorsqu'il s'agit de maladies sous-jacentes à la cause directe du décès. Par ailleurs, les statistiques globales de mortalité traitent de façon équivalente des décès qui surviennent à un âge avancé (par insuffisance cardiaque par exemple) et ceux qui touchent des adultes jeunes ou des enfants (par exemple à la suite d'un accident).

Des taux de mortalité spécifiques peuvent être calculés en rapportant le nombre de décès observés dans une classe d'âge donnée à l'effectif de la population dans cette classe

d'âge, et permettent ainsi d'identifier les principales causes de décès au sein de chaque classe d'âge. Indépendamment de la cause des décès, certains taux de mortalité spécifiques apportent des informations importantes du point de vue de la santé publique. Ainsi, le taux de mortalité infantile (nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie rapporté au nombre de naissances vivantes) reflète à la fois les conséquences des conditions de vie et celles des soins préventifs et curatifs accordés aux mères et aux enfants.

L'introduction de la notion de "mortalité prématurée", reprise par le Haut Comité de la santé publique, a mis l'accent sur les causes des décès survenant à un âge sensiblement inférieur à l'espérance de vie moyenne de la population (même si la limite de soixante-cinq ans utilisée jusqu'ici est arbitraire et devrait être réactualisée). Cette analyse a permis de mettre en évidence le contraste qui existe dans notre pays entre un bon niveau d'espérance de vie globale (reflétant notamment la performance du système de soins) et un taux important de mortalité prématurée (reflétant la nécessité de développer les efforts de prévention).

Le calcul du nombre d'années potentielles de vie perdues permet de préciser et de compléter cette notion, en attribuant à chaque décès la différence entre l'espérance de vie moyenne du groupe de population auquel appartient la personne décédée, ou une limite arbitraire (soixante-cinq ans par exemple), et l'âge au décès ;

b) Les données de morbidité décrivent la fréquence des maladies, ou plus généralement des événements de santé indésirables :

- l'incidence dénombre les nouveaux cas survenant au cours d'une période donnée. Elle reflète la dynamique d'évolution d'une pathologie au sein de la population ou de groupes spécifiques ;

- pour les maladies ou les altérations de l'état de santé dont la durée dépasse la période étudiée, la prévalence dénombre l'ensemble des cas présents au cours de cette période ; elle indique ainsi à un instant donné la part de la population qui est touchée par la pathologie ;

- dans l'étude épidémiologique de la morbidité, on distingue habituellement la morbidité diagnostiquée définie selon des critères biomédicaux par un examen clinique ou des examens paracliniques et la morbidité déclarée telle qu'elle peut être rapportée par les individus répondant à une enquête.

Selon les sources, la qualité des informations concernant la morbidité diagnostiquée peut notamment être limitée par la définition de la population couverte ou ayant accès (et ayant eu recours) aux structures dont sont issues les données ou par la validité épidémiologique de données recueillies à des fins de gestion. La morbidité déclarée est par ailleurs sensible aux variations de la perception subjective des maladies par les personnes interrogées ;

c) Indicateurs synthétiques :

D'autres approches visent à intégrer plusieurs informations pertinentes dans des indicateurs synthétiques. Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé dans son rapport 2002 sur la "Santé dans le monde" s'appuie sur des travaux menés depuis 1990 pour élaborer un indicateur de santé synthétique prenant en compte à la fois la mortalité associée à chaque problème de santé et l'âge où survient cette mortalité, mais aussi le retentissement de chaque problème de santé sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent.

L'indicateur utilisé est les années de vie corrigées de l'incapacité ou AVCI ("DALYs" en anglais). Cet indicateur correspond à un nombre d'années de vie "en bonne santé" perdues pour chaque problème de santé.

Il est calculé par l'addition de deux éléments :

- les années de vie perdues en raison d'un décès prématuré calculées simplement par la différence entre l'âge de survenue des décès et l'espérance de vie moyenne de la

population (par âge et par sexe) ;

- une estimation de l'équivalent d'un nombre d'années de vie perdues en raison de la diminution de la qualité de vie résultant de la présence d'une maladie.

Le calcul cherche également à intégrer de façon explicite d'autres éléments qui restent sinon souvent implicites dans l'appréciation de l'état de santé, notamment :

- la valeur différente qui peut être accordée à une année de vie dans l'enfance, à l'âge adulte, ou en fin de vie,
- la valeur différente qu'une société peut accorder à des événements survenant dans le présent ou dans un futur plus ou moins éloigné,
- et les différentes façons dont on peut apprécier le retentissement d'une altération de l'état de santé sur la qualité de la vie.

Enfin, l'analyse des données scientifiques disponibles sur la part de la fréquence de survenue d'une maladie, ou de sa mortalité, qui peut être attribuée à un déterminant donné, permet d'estimer le retentissement sur la santé de chaque déterminant et l'impact prévisible, en termes de santé, des actions portant sur ces déterminants.

3.1.3. Classification des problèmes de santé

Les données de morbidité et de mortalité sont organisées sur la base de la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elles ne suffisent pas pour décrire le retentissement de ces maladies en termes d'incapacité fonctionnelle (retentissement sur la réalisation des activités de la vie quotidienne par exemple) ou d'altération de la qualité de vie. Ces dimensions prennent cependant une importance croissante compte tenu du vieillissement de la population et des progrès réalisés par le système de soins pour assurer la survie des personnes présentant des lésions organiques ou des maladies chroniques.

Désormais, l'OMS propose d'utiliser simultanément la CIM pour caractériser un problème de santé en termes médicaux et la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) pour ce qui concerne l'ensemble des composantes de la santé et les interactions avec le milieu. Il s'agit de décrire les domaines de la santé et ceux qui y sont liés selon une approche multidimensionnelle fondée sur des interactions entre :

- un problème de santé (maladie ou accident) ;
- l'altération d'un organe ou d'une fonction (notion de déficience) ;
- la capacité de réaliser une action dans un environnement standard (non corrigé) ;
- la personne dans son milieu habituel (réalisation effective d'une action) ;
- et le rôle plus ou moins favorable de l'environnement proche et des dispositifs collectifs.

La notion de qualité de vie reçoit désormais une traduction opérationnelle dans le domaine de la santé au travers des altérations fonctionnelles appréciées par l'évaluation subjective de la santé par chacun des individus touchés.

3.1.4. Conclusion

Tous les indicateurs doivent être utilisés de façon critique et prudente, compte tenu des difficultés liées, d'une part, au recueil des données nécessaires et, d'autre part, à l'intégration de paramètres reflétant des jugements de valeurs dont la validité doit être examinée dans chaque contexte. Les décisions touchant aux politiques de santé doivent s'appuyer sur les meilleures informations disponibles pour :

- prendre en compte l'ensemble du retentissement (mortalité, incapacité) de chaque problème de santé ;
- faire notamment apparaître le retentissement des maladies non mortelles et des incapacités (la dépression, les séquelles des traumatismes, les troubles des organes sensoriels ...) ;
- permettre des comparaisons internationales ;
- expliciter les jugements de valeur.

3.2. Analyse des connaissances disponibles

L'analyse des problèmes de santé retenus doit s'appuyer sur les meilleures

connaissances disponibles. Cette analyse comporte les éléments suivants :

- une définition précise du problème traité, l'estimation de sa fréquence et de son retentissement (en termes de mortalité, d'incapacités ...) dans la population générale et, le cas échéant, dans des groupes spécifiques ;
- l'identification des principaux déterminants associés à sa survenue ou à l'importance de son retentissement, et en particulier de ceux dont la présence ou l'influence peuvent être modifiées par des interventions de santé publique. L'importance de chaque déterminant est appréciée en termes de risque attribuable : la fraction (ou proportion) du risque attribuable à un facteur de risque mesure l'impact de ce facteur de risque dans la population, c'est-à-dire la fraction de tous les cas d'une maladie qui sont dus au facteur concerné ou, en d'autres termes, la proportion qui peut être évitée si le facteur de risque n'était pas présent. Ainsi, on estime qu'environ 80 % des cancers bronchiques sont attribuables au tabac ;
- l'identification des stratégies d'action qui peuvent être efficaces. L'analyse critique des meilleures connaissances disponibles doit permettre de préciser explicitement les arguments sur lesquels se base cette présomption d'efficacité, qu'il s'agisse de démonstrations expérimentales transposables, de présomptions basées sur l'expérience acquise dans des interventions analogues ou de recommandations d'experts ;
- l'identification des conditions requises et l'estimation des ressources nécessaires sont des préalables indispensables à la sélection des stratégies à mettre en oeuvre dans le cadre d'un plan stratégique.

3.3. Définition d'objectifs quantifiés

Les objectifs nationaux de la politique de santé sont déterminés de façon réaliste et compte tenu de l'échéance pluriannuelle choisie, en fonction de la situation actuelle et de l'existence de stratégies d'action potentiellement efficaces.

Ces objectifs sont exprimés préférentiellement en termes d'évolution de l'état de santé de la population ou d'évolution de la fréquence d'un déterminant immédiat de cet état de santé. Chaque objectif est accompagné d'un ou plusieurs indicateurs souhaitables pour suivre l'efficacité des actions entreprises.

Lorsque les connaissances disponibles ne permettent pas de spécifier un objectif quantifié en termes de santé, des objectifs de connaissance peuvent être proposés. Ces objectifs désignent les connaissances dont la production est nécessaire pour pouvoir être en mesure de déterminer le niveau actuel de l'état de santé, et/ou ses possibilités d'amélioration, et/ou être en mesure de suivre son évolution.

4. Les objectifs de résultats de la politique de santé publique

L'application de la démarche exposée ci-dessus conduit à proposer les cent objectifs que la Nation vise à atteindre dans les cinq prochaines années. Ces objectifs sont présentés en quatre groupes dans le tableau qui conclut ce document :

- objectifs quantifiables en l'état actuel des connaissances ;
- objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'informations d'ordre épidémiologique ;
- objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques ;
- objectifs dont la quantification a pour préalable l'évaluation de programmes précédents ou programmes pilotes.

5. Indicateurs transversaux

La publication régulière d'un ensemble d'indicateurs transversaux est un instrument de pilotage et d'amélioration de la politique de santé publique qui complète les indicateurs proposés pour les principaux problèmes de santé. Elle participe à la connaissance de la performance du système de santé. Cet ensemble d'indicateurs permet de fournir des informations synthétiques, pertinentes et compréhensibles par des publics variés : décideurs, professionnels, usagers. Il doit pouvoir être décliné aux niveaux géographiques

appropriés afin de disposer d'une base de comparaison des régions françaises notamment.

Ces indicateurs sont destinés à rendre compte de l'état de santé, des résultats globaux obtenus et de la qualité des actions engagées et des services offerts.

5.1. Indicateurs d'état de santé

Les indicateurs de ce domaine rendent compte des problèmes mortels mais aussi des maladies chroniques, des incapacités et de leurs conséquences sur la qualité de vie des personnes.

L'espérance de vie, ou nombre d'années qu'une personne pourrait s'attendre à vivre à partir de la naissance ou d'un autre âge spécifié, est un indicateur couramment utilisé pour mesurer la santé de la population. C'est un indicateur de quantité et non de qualité de vie. L'espérance de vie sans incapacité ou nombre d'années qu'une personne pourrait s'attendre à vivre sans incapacité (modérée ou grave), à partir de la naissance ou d'un autre âge spécifié, est un indicateur de plus en plus utilisé qui complète l'espérance de vie. Une hausse de l'espérance de vie accompagnée de maladies chroniques ou d'incapacités n'est pas nécessairement considérée de la même façon qu'une hausse de l'espérance de vie comparable dont les années additionnelles sont vécues en bonne santé.

Les années potentielles de vie perdues (APVP) représentent le nombre total d'années de vie non vécues en raison des décès "prématurés" c'est-à-dire des décès qui interviennent avant un certain âge. Actuellement, on retient souvent l'âge de soixante-cinq ans. Ainsi, une personne qui décède à vingt-cinq ans a perdu quarante années potentielles de vie. Ces années potentielles de vie perdues peuvent être calculées pour une cause particulière. Une tendance à la baisse reflète le succès de la prévention de ces décès prématurés.

La mortalité infantile ou nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie, exprimée sous forme d'un taux (pour 1 000 naissances vivantes) pour l'année en question, mesure non seulement la santé infantile, mais reflète aussi l'état de santé d'une population ainsi que l'efficacité des soins préventifs et l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant. Cet indicateur rend compte en outre de facteurs sociaux plus larges tels que le niveau de scolarité des mères ou leur situation socio-économique. On peut lui préférer ou le compléter par la proportion de naissances vivantes pour lesquelles le poids du nouveau-né à la naissance est jugé comme faible qui est lui aussi un indicateur de la santé générale des nouveau-nés et un déterminant important de la survie, de l'état de santé et du développement du nouveau-né.

L'auto-évaluation de la santé qui exprime, par exemple, le pourcentage de personnes dans la population qui déclarent que leur santé est très bonne ou excellente est un indicateur de l'état de santé global. Il peut comprendre ce que d'autres mesures ne couvrent pas nécessairement, notamment l'apparition et la gravité de la maladie, certains aspects d'un état de santé positif, des composantes physiologiques/psychologiques ainsi que la fonction sociale et mentale.

Il n'existe pas aujourd'hui dans notre pays de dispositif de mesure régulière des limitations fonctionnelles (et des restrictions d'activité qui leur sont associées) dans la population. Cette lacune concerne également la mesure de la qualité de vie.

5.2. Indicateurs de qualité des actions et des services

Il serait utile de disposer d'informations sur l'accessibilité des actions et des services, leur acceptabilité (en particulier la satisfaction des usagers), leur pertinence (caractère approprié des interventions aux besoins et aux recommandations établies), leur continuité et leur sécurité.

Si les échelles permettant de construire ces indicateurs sont disponibles, elles ne sont pas actuellement intégrées dans les systèmes d'informations existants.

6. Les plans stratégiques 2004-2008

Pour les années 2004-2008, des plans stratégiques de santé publique seront développés dans les quatre domaines soulignés par le Président de la République : cancer, violence routière, handicap et santé environnementale, ainsi que pour les maladies rares.

6.1. Le plan national de lutte contre le cancer

Ce plan est mis en oeuvre dès 2003, conformément à sa présentation par le Président de la République le 24 mars 2003. Le cancer est la cause d'un décès sur quatre et c'est la première cause de mortalité avant soixante-cinq ans. Le plan comporte plusieurs volets : prévention (tabac, alcool, facteurs d'environnement général et professionnel) ; dépistage (cancer du sein, cancer cervico-utérin, cancer colorectal) ; soins (programme thérapeutique individuel issu d'une concertation pluridisciplinaire dans le cadre d'un réseau de soins), accompagnement (information sur les structures de prise en charge du cancer) ; recherche.

6.2. Le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives

L'impact de la violence sur la santé est souvent sous-estimé alors qu'il concerne une large partie de la population. La violence routière fait l'objet d'une mobilisation prioritaire. Cette mobilisation sera étendue à l'ensemble des phénomènes de violence ainsi que le préconise l'Organisation mondiale de la santé.

Ce plan stratégique prendra en compte les interactions entre violence et santé dans la sphère publique comme dans la sphère privée. Il devra s'articuler avec d'autres plans ou programmes nationaux tels que la violence routière (DISR), le plan santé mentale, ou le programme sur les conduites addictives coordonné par la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT).

Ce plan sera préparé en 2004.

6.3. Le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement

Il est difficile actuellement de connaître la part des facteurs d'environnement collectif (agents physiques, chimiques et biologiques) dans les phénomènes morbides mais ceux-ci suscitent une préoccupation dans la population à laquelle il faut répondre. Ceci inclut les facteurs de risque présents en milieu de travail.

Le programme santé-environnement sera préparé en 2004.

6.4. Le plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques

Avec l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de personnes souffrant de maladies chroniques croît rapidement et de façon importante. Le poids économique est considérable. La médecine ne peut pas, en règle générale, guérir ces maladies mais elle peut en limiter l'impact sur la qualité de vie. Au travers de ce plan national, il sera possible d'associer étroitement les médecins et les infirmières à des actions de santé publique.

Ce plan sera préparé en 2004.

6.5. Le plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares

Les maladies dites rares sont celles qui touchent un nombre restreint de personnes en regard de la population générale. Le seuil admis en Europe est d'une personne atteinte sur 2 000, soit pour la France moins de 30 000 personnes pour une maladie donnée. A l'heure actuelle, on a déjà dénombré plusieurs milliers de maladies rares et de 200 à 300 maladies rares nouvelles sont décrites chaque année. Au total, on estime qu'environ 5 % de la population seront touchés par une maladie rare au cours de leur vie.

Ce plan sera préparé en 2004.

Cent objectifs de santé publique pour chacun des problèmes de santé retenus à l'issue de la consultation nationale

Les objectifs proposés sont présentés pour chacun des problèmes de santé retenus à la suite de la consultation nationale.

Les tableaux suivants présentent d'abord les objectifs de santé quantifiables avec les

données disponibles (objectifs quantifiables), puis ceux dont la quantification nécessite au préalable la production d'information d'ordre épidémiologique (objectifs ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques), ou d'autres connaissances scientifiques (objectifs ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques), enfin les objectifs qui seront quantifiés après évaluation de programmes en cours ou de programmes pilotes (objectifs ayant pour préalable l'évaluation de programmes précédents ou programmes pilotes). Ceci est précisé dans la première colonne de chaque tableau.

La deuxième colonne (Objectif) attribue un numéro à chaque objectif et en définit le contenu. Pour les objectifs quantifiables, les dernières estimations disponibles sont précisées ainsi que l'évolution proposée d'ici 2008.

La troisième colonne (Objectif préalable) définit, le cas échéant, la nature du préalable à remplir avant de quantifier l'objectif de santé.

La quatrième colonne (Indicateurs) précise les indicateurs souhaitables pour suivre l'atteinte de l'objectif de santé.

DETERMINANTS DE SANTE ALCOOL

		OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectif quantifiable.	1	Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % ; passer de 10,7 l/an/habitant en 1999 à 8,5 l/an/habitant d'ici à 2008.		* Consommation annuelle d'alcool par habitant.
Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques .	2	Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance.	Estimer la prévalence des usages à risque ou nocif (entre 2 et 3 millions de personnes selon les données disponibles aujourd'hui) et l'incidence du passage à la dépendance (inconnue).	* Age moyen d'initiation à l'alcool. * Prévalence des comportements d'ivresse répétée. * Proportion de femmes enceintes qui consomment de l'alcool pendant leur grossesse.

TABAC

		OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectif	3	Abaisser la		* Age moyen

quantifiable.

prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici à 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence).

d'initiation au tabac.
* Prévalence des fumeurs (fumeurs quotidiens) par sexe, classe d'âge et catégorie socio-professionnelle.
* Prévalence du tabagisme au cours de la grossesse.

Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques .

4

Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel.

L'objectif sur le tabagisme passif est à quantifier pour les autres lieux que les établissements scolaires. Il faut construire ou identifier le dispositif de mesure.

* Proportion des lieux de loisirs (restaurants, discothèques...) où l'usage du tabac est effectivement prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés.
* Proportion de lieux de travail où l'usage du tabac est prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés.

NUTRITION ET ACTIVITE PHYSIQUE

OBJECTIF

OBJECTIF PRÉALABLE

INDICATEURS

Objectifs quantifiables.

5

Obésité : réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de

* Indice de masse corporelle (IMC) de la population adulte (18 ans et

	l'obésité (IMC > 25 kg/m ²) chez les adultes : passer de 42 % en 2003 à 33 % en 2008 (objectif PNNS) (1).		plus).
6	Déficience en iode : réduire la fréquence de la déficience en iode au niveau de celle des pays qui en ont une maîtrise efficace (Autriche, Grande-Bretagne, Pays-Bas, Suisse...) ; réduire la fréquence des goitres : passer de 11,3 % chez les hommes et 14,4 % chez les femmes actuellement à 8,5 % et 10,8 % d'ici à 2008.	Quantification en cours.	* Proportion de personnes ayant des apports alimentaires en iode inférieurs aux apports nutritionnels conseillés. * Fréquences de goitres par sexe.
7	Carence en fer : diminuer la prévalence de l'anémie ferriprive : passer de 4 % des femmes en âge de procréer à 3 %, de 4,2 % des enfants de 6 mois à 2 ans à 3 % et de 2 % des enfants de 2 à 4 ans à 1,5 %.		* Prévalence de l'anémie ferriprive dans les groupes et situations à risque.
8	Rachitisme carenciel, carence en vitamine D : disparition du rachitisme carenciel.		* Nombre d'hospitalisations pour rachitisme. * Consommation de vitamine D par la population pédiatrique.
9	Sédentarité et inactivité physique :		* Proportion de personnes, tous âges confondus,

Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques .	10	augmenter de 25 % la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant par jour l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine : passer de 60 % pour les hommes et 40 % pour les femmes actuellement, à 75 % pour les hommes et 50 % pour les femmes d'ici à 2008.	faisant, par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins 5 jours par semaine.
	10	Faible consommation de fruits et légumes : diminuer d'au moins 25 % la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes : passer d'une prévalence de l'ordre de 60 % en 2000 à 45 % (objectif PNNS).	* Prévalence des petits consommateurs de fruits et de légumes.
	11	Excès de chlorure de sodium dans l'alimentation : la réduction du contenu en sodium, essentiellement sous forme de chlorure de sodium (sel) dans les aliments, doit être visée pour parvenir à une	* Apport en sel évalué par les enquêtes alimentaires (INCA2-ENNS) pilotées par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et l'Institut de veille sanitaire. * Consommation de sel moyenne

		consommation moyenne inférieure à 8 g/personne/jour (la consommation moyenne a été estimée en 1999 entre 9 et 10 g/personne/jour) selon les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments.		dans la population estimée par enquête de consommation alimentaire (méthode validée par rapport à la natriurèse de 24 h).
	12	Obésité : interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants (objectif PNNS).	A quantifier.	* Evolution de l'IMC au cours de la croissance chez l'enfant et l'adolescent.
Objectif dont la quantification a pour préalable l'évaluation de programmes précédents ou programmes pilotes. (1) Programme national nutrition santé.	13	Folates dans l'alimentation : diminuer l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural.	L'objectif pourra être quantifié après évaluation d'un programme pilote d'enrichissement de la farine panifiable.	* Incidence des anomalies de fermeture du tube neural.

SANTE ET TRAVAIL

		OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectifs quantifiables.	14	Réduire le nombre d'accidents routiers mortels liés au travail.	Améliorer la qualité des dispositifs de prévention des accidents routiers liés au travail. Encourager les négociations de branche dans le cadre des accords sur la prévention des	* Nombre d'accidents routiers mortels par branche (accidents de trajet et accidents liés à l'activité professionnelle).

			risques professionnels.	
	15	Réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003.		* Nombre de travailleurs exposés à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine.
	16	Réduire le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB plus de 20 heures par semaine sans protection auditive par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003.		* Nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB plus de 20 heures par semaine.
Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques .	17	Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (cat. 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition.	Evaluer la faisabilité de l'identification des cancers d'origine professionnelle dans les registres généraux du cancer. Systématisation de la surveillance épidémiologique des travailleurs exposés sur le lieu de travail (renforcement du rôle de l'InVS). Développement de la connaissance	* Nombre de cancers d'origine professionnelle identifiés à partir des registres généraux du cancer. * Nombre de personnes exposées/personnes non exposées par branche professionnelle par type de substance. * Nombre de dossiers d'évaluation des

des dangers des substances utilisées en milieu professionnel. risques associés aux substances chimiques déposés par les fabricants auprès des autorités compétentes des Etats membres de l'Union européenne (futur système REACH).

SANTE ET ENVIRONNEMENT

		OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectifs quantifiables.	18	Habitat : réduire de 50 % la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100 µg/l : passer de 2 % en 1996 à 1 % en 2008.		* Nombre d'enfants de 1 à 6 ans ayant une plombémie > 100 eg/l en population générale et dans les groupes à risque.
	19	Bâtiments publics : réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m ³ (valeur guide de l'UE).		* Cartographie des expositions au radon.
	20	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes		* Concentrations en particules (PM10 et PM2,5) et NOx dans l'air ambiant (mesurées par les stations urbaines des

	2010 (pour les polluants réglementés au plan européen, NOx, ozone et particules en particulier) dans les villes (- 20 % par rapport à 2002).	réseaux gérés par les associations agréées de surveillance de la qualité de l'air ; la représentativité spatiale des stations de mesure doit être évaluée ; la surveillance des particules fines [PM2,5] doit être étendue et celle des particules ultrafines développée). * Impact sanitaire attribuable à la pollution atmosphérique urbaine.
21	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : réduire les rejets atmosphériques : - 40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ; - 50 % pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008.	* Emissions totales et sectorielles de composés organiques volatils, dioxines et métaux toxiques.
22	Qualité de l'eau : diminuer par deux d'ici 2008 le pourcentage de la population	* Qualité de l'eau : indicateurs réglementaires européens : 2 paramètres

		alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et les pesticides.		microbiologiques, et ensemble des substances individualisées pour les pesticides (plus de 200 molécules recherchées).
Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques .	23	Habitat : réduire de 30 % la mortalité par intoxication par le monoxyde de carbone (CO).	Préciser les estimations de la mortalité (actuellement 150 à 300 décès annuels).	* Nombre annuel de décès par intoxication au CO. * Nombre d'intoxications au CO signalées sur l'ensemble du territoire, dans les zones à risque majeur et en milieux domestique ou professionnel. * Nombre de personnes traitées à l'oxygène hyperbare en caisson ayant des antécédents d'intoxication au CO.
	24	Bruit : réduire les niveaux de bruit entraînant des nuisances sonores quelles que soient leurs sources (trafic, voisinage, musique amplifiée) par rapport aux niveaux mesurés en 2002 par diverses institutions (ministère de l'écologie, INRETS).	Préciser les estimations et évaluer l'impact des actions envisageables.	* Distribution des niveaux d'exposition au bruit.
	25	Qualité de l'eau :	Préciser les	* Nombre de

réduire de 50 % l'incidence des légionelloses. estimations pour tenir compte des cas méconnus et de la sous-déclaration. nouveaux cas et de décès par légionellose.

IATROGENIE

		OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectifs quantifiables.	26	Réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène (1) de 10 % à 7 % d'ici à 2008.		* Proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène.
	27	Réduire la fréquence des événements iatrogènes d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation, de 130 000 par an à moins de 90 000 d'ici à 2008.		* Fréquence des hospitalisations pour événements iatrogènes d'origine médicamenteuse chez les personnes prises en charge en médecine de ville.
Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques .	28	Réduire d'un tiers la fréquence des événements iatrogéniques évitables à l'hôpital et en ambulatoire.	Disposer des données épidémiologiques nationales sur la iatrogénie globale par la mise en œuvre à intervalles réguliers d'une étude portant sur le risque iatrogène global.	* Nombre de séjours hospitaliers avec un événement iatrogène évitable. * Nombre annuel d'hospitalisations dues à un événement iatrogène. * Nombre de décès ayant la iatrogénie comme cause

29	Réduire les doses d'irradiation individuelles et collectives liées aux expositions médicales à visées diagnostique, en renforçant la justification des indications et l'optimisation des pratiques.	Actualiser les connaissances sur le nombre et la fréquence des examens radiologiques et sur les doses délivrées aux personnes exposées.	principale. * Suivi des doses délivrées lors d'irradiations médicales à visée diagnostique.
----	---	---	--

(1) Ensemble des événements indésirables consécutifs à l'action médicale : accidents médicaux, événements indésirables secondaires à l'usage de médicaments ou de dispositifs médicaux, infections nosocomiales...

RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

	OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectif quantifiable.	30	Maîtriser la progression de la résistance aux antibiotiques, notamment pour <i>S. pneumoniae</i> (réduction du taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G - CMI > 0,06 mg/l - de 52 % [2001] à moins de 30 %, avec moins de 5 % de souches résistantes - CMI > 1 mg/l - ; réduction de la résistance à l'érythromycine de 50 % (2001) à moins de 30 % ; absence de progression de la résistance aux fluoroquinolones (inférieur à 0,5 %	* Taux d'incidence et de prévalence des infections communautaires à bactéries résistantes par habitant. * Taux de prévalence des infections nosocomiales à bactéries résistantes par patient hospitalisé. * Taux d'incidence des infections nosocomiales à bactéries résistantes par patient hospitalisé et par jour d'hospitalisation. * Taux de résistance (proportion de

en 2001) et *S. aureus* (réduire le taux de souches hospitalières résistantes à la méticilline de 34 % à 25 %).

bactéries résistantes isolées) par type de bactérie et d'antibiotique.

DOULEUR

	OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques .	31	Prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75 % des cas où les moyens techniques actuellement disponibles permettent de le faire, notamment en postopératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants.	* Prévalence des douleurs d'intensité modérée ou sévère, mesurée par une méthodologie appropriée, notamment en postopératoire, pour les patients cancéreux et au décours de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants.
Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.	32	Réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées et dans les situations de fin de vie.	Améliorer la connaissance épidémiologique et physiopathologique de ces douleurs ; développer des stratégies de prise en charge appropriées et évaluer leur efficacité.

PRECARITE ET INEGALITES

		OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.	33	Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU.	Analyser les conséquences d'un effet seuil lié aux revenus sur le recours aux soins.	
	34	Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans.	Identifier les meilleurs instruments de mesure des inégalités et des discriminations liées à l'origine.	* Probabilité de décès et espérance de vie selon les catégories professionnelles, le statut dans l'emploi, le lieu de naissance (à partir d'enquêtes longitudinales de cohorte).

DEFICIENCES ET HANDICAPS

		OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.	35	Réduire les restrictions d'activité induites par des limitations fonctionnelles (3,6 % des personnes âgées de 5 ans et plus en population générale selon	Construire un outil spécifique, sensible au changement et utilisable en routine pour repérer et décrire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité qu'elles	

l'enquête HID, personnes ayant répondu au module de l'indicateur de Katz). induisent, en population générale comme dans les populations particulières (régions, pathologies).

MALADIES INFECTIEUSES

		OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectifs quantifiables.	36	Infection VIH-sida : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000).		* Incidence des cas de sida.
	37	Hépatites : réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques : passer de 10-20 % à 7-14 % des patients ayant une hépatite chronique d'ici à 2008.		* Mortalité attribuable aux hépatites chroniques (cirrhose et ses complications).
	38	Tuberculose : stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque (10,8 pour 100 000 actuellement) d'ici à 2008.		* Incidence annuelle nationale/régionale dans les groupes à risque.
	39	Grippe : atteindre un taux de couverture vaccinale d'au		* Taux de couverture vaccinale dans les groupes à

		<p>moins 75 % dans tous les groupes à risque : personnes souffrant d'une ALD (actuellement 50 %) , professionnels de santé (actuellement 21 %) , personnes âgées de 65 ans et plus (actuellement 65 %) d'ici à 2008.</p> <p>Maladies diarrhéiques : diminuer de 20 % d'ici 2008 la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins de un an (actuellement 3,4 pour 100 000) et chez les personnes de plus de 65 ans (actuellement 1,65 pour 100 000 chez les 65-74 ans, 6,8 entre 75 et 84 ans, 25,1 entre 85 et 94 ans, 102,9 au-delà).</p>	<p>risque.</p>
	40		<p>* Taux de mortalité par maladies infectieuses intestinales par classe d'âge.</p>
Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques .	41	<p>Réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2.</p>	<p>Maintien et amélioration de la surveillance épidémiologique des IST.</p> <p>* Prévalence des infections à chlamydia trachomatis en population générale et chez les femmes de moins de 25 ans. * Incidence des gonococcies chez les personnes à</p>

			risque et en population générale. * Incidence de la syphilis chez les personnes à risque et en population générale. * Prévalence des infections à HSV2 par sexe.
	42	Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale : atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2008 (aujourd'hui de 83 à 98 %).	Améliorer le suivi du taux de couverture vaccinale dans les populations à risque et aux âges clés. * Taux de couverture vaccinale pour les différentes valences en population générale et dans les principaux groupes à risque.
Objectif dont la quantification a pour préalable l'évaluation de programmes précédents ou programmes pilotes.	43	Infections sexuellement transmissibles : offrir un dépistage systématique des chlamydioses à 100 % des femmes à risque d'ici à 2008.	Evaluation d'un programme pilote.

SANTE MATERNELLE ET PERINATALE

OBJECTIF

OBJECTIF
PRÉALABLE

INDICATEURS

Objectifs quantifiables.	44	Réduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union européenne : passer d'un taux actuel estimé entre 9 et 13 pour 100 000 à un taux de 5 pour 100 000 en 2008.	* Taux de mortalité maternelle.
	45	Réduire la mortalité périnatale de 15 % (soit 5,5 pour 1 000 au lieu de 6,5) en 2008.	* Taux de mortalité périnatale.
Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques .	46	Grossesses extra-utérines : diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité.	Mesurer la fréquence des complications responsables d'infertilité selon les modes de prise en charge.
			* Répartition des modes de prise en charge : chirurgie classique ou coelioscopie, médicaments.
Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques .	47	Santé périnatale : réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme.	Repérage et mesure de la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme. Enquête de cohorte sur l'apparition et l'évolution du handicap à long terme chez les enfants exposés à un facteur de risque périnatal.
			* Fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme. * Incidence et sévérité des handicaps à long terme d'origine périnatale.

TUMEURS MALIGNES

OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
----------	--------------------	-------------

Objectifs quantifiables.	48	Cancer du col de l'utérus : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 69 ans et l'utilisation du test HPV.	* Incidence du cancer du col de l'utérus. * Taux de couverture du dépistage. * Volume de tests HPV.	
Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques .	49	Toutes tumeurs malignes : contribuer à l'amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100 % des patients.	Estimation de la fréquence actuelle des prises en charge multidisciplinaires et coordonnées.	* Taux de patients pris en charge de façon multidisciplinaire et coordonnée. * Taux moyen de survie à 5 et 10 ans par type de cancer.
	50	Cancer du sein : réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 50 à 74 ans.	Estimation en cours du pourcentage de cancers dépistés à un stade avancé.	* Stades au diagnostic. * Taux de couverture du dépistage.
	51	Cancer de la peau-mélanome : améliorer les conditions de détection précoce du mélanome.	Connaissance de la situation actuelle.	* Stades au diagnostic des mélanomes.

Objectif dont la quantification a pour préalable l'évaluation de programmes précédents ou programmes pilotes.	52	Cancer de la thyroïde : renforcer la surveillance épidémiologique nationale des cancers thyroïdiens.	Fournir un état de référence national de l'épidémiologie des cancers thyroïdiens et tester un système de surveillance (avant généralisation à d'autres cancers).	* Incidence et prévalence du cancer thyroïdien en population générale. * Evolution de la taille des tumeurs.
	53	Cancer colorectal : définir d'ici quatre ans une stratégie nationale de dépistage.	Poursuivre les expérimentations de dépistage organisé du cancer colorectal dans vingt départements et les évaluer.	

PATHOLOGIES ENDOCRINIENNES

Objectif quantifiable.	OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS	
Objectif quantifiable.	54	Diabète : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique émises par l'ALFEDIAM, l'AFSSAPS et l'ANAES pour 80 % des diabétiques en 2008 (actuellement de 16 à 72 % selon le type d'examen complémentaire).	* Proportion de patients diabétiques suivis selon les recommandations de bonnes pratiques. * Taux et intervalles de réalisation des examens complémentaires et des consultations spécialisées de suivi.	
Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques .	55	Diabète : réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications	Dispositif de mesure de la fréquence et de la gravité des complications du diabète.	* Incidence et évolution de chaque complication du diabète dans la population des diabétiques.

cardio -
vasculaires.

AFFECTIONS NEUROPSYCHIATRIQUES				
	OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS	
Objectifs quantifiables.	56	Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue et amorcer une baisse de l'incidence du VHC.	* Incidence du VIH à partir des déclarations obligatoires de séropositivité mises en place à partir de 2003. * Prévalence biologique du VHC dans les enquêtes sur les populations d'usagers de drogue : première enquête COQUELICOT en 2004.	
Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques .	57	Psychoses délirantes chroniques : diminuer de 10 % le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité.	Estimer le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité.	
	58	Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs.	Estimer le taux de rétention en traitement de substitution.	* Taux de rétention en traitement de substitution.
Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.	59	Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : diminuer de 20 % le nombre de personnes	Développer et valider des instruments de dépistage.	* Nombre de personnes présentant des troubles dépressifs ou névrotiques non reconnus.

	présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus.		
60	Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : augmenter de 20 % le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique.	Développer et valider des instruments de dépistage.	* Nombre de personnes souffrant de troubles dépressifs ou névrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique.
61	Psychoses délirantes chroniques, troubles bipolaires, troubles dépressifs, troubles névrotiques et anxieux : réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques qui sont en elles-mêmes des facteurs d'aggravation.	Construire un dispositif et des outils de mesure de l'exclusion sociale.	* Echelles d'exclusion sociale.
62	Epilepsie : prévenir les limitations cognitives et leurs conséquences	Etude quantifiant l'impact global de la maladie sur le développement cognitif chez l'enfant.	* A développer en fonction des résultats des études (voir étape préalable).

	chez les enfants souffrant d'une épilepsie.		
63	Maladie d'Alzheimer : limiter la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les proches des patients.	Mesurer la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les malades et leurs proches.	* A construire.
64	Maladie de Parkinson : retarder la survenue des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité sévères chez les personnes atteintes.	Définition des critères de sévérité.	* Incidence des limitations fonctionnelles sévères. * Prévalence de la maladie de Parkinson sévère en population générale (par âge et sexe).
65	Sclérose en plaques : pallier les limitations fonctionnelles induites par la maladie.	Dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées.	* A construire.

MALADIES DES ORGANES DES SENS

	OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectifs quantifiables.	66	Dépister et traiter conformément aux recommandations en vigueur 80 % des affections systémiques induisant des complications ophtalmologiques	* Proportion des personnes souffrant d'affections systémiques induisant des complications ophtalmologiques dépistées et traitées conformément aux recommandations en vigueur.
Objectifs dont la quantification a pour préalable la	67	Atteintes sensorielles chez l'enfant : assurer	* Indicateurs d'évaluation et de suivi des

production
d'autres
connaissances
scientifiques.

un dépistage et
une prise en
charge précoces
de l'ensemble
des atteintes
sensorielles de
l'enfant
(notamment
dépistage
systématique de
la surdité
congénitale en
maternité ou au
plus tard avant
l'âge de un an,
dépistage des
troubles de la vue
entre 9 et 12
mois, et
dépistage de
l'ensemble des
déficits visuels et
de l'audition
avant l'âge de 4
ans).

des atteintes
sensorielles de
l'enfant, des
modalités et
résultats des
dépistages
existants.
Définir ou
réactualiser des
recommandation
s pour les
dépistages
sensoriels (âges
des dépistages,
contenu de
l'examen) aux
différents âges
de l'enfant, y
compris pour les
enfants non
scolarisés en
petite section de
maternelle.

dépistages : taux
de couverture,
pourcentage de
faux positifs, taux
de suivi...

* Prévalence des
limitations
fonctionnelles et
restrictions
d'activité
associées à des
troubles
sensoriels aux
différents âges
de la vie.

68

Atteintes
sensorielles chez
l'adulte : réduire
la fréquence des
troubles de la
vision et des
pathologies
auditives
méconnus,
assurer un
dépistage et une
prise en charge
précoce et
prévenir les
limitations
fonctionnelles et
restrictions
d'activité
associées et
leurs
conséquences

Améliorer la
connaissance
des
circonstances
d'exposition à
des traumatismes
sonores aigus et
répétés ; définir
des protocoles et
dispositifs de
dépistage rapide
en médecine du
travail et de ville ;
dresser un état
des
conséquences
des atteintes
sensorielles sur
la vie quotidienne
; définir les
stratégies de
compensation
des pathologies
auditives dans
les différentes
situations de
communication

* Indicateurs
d'évaluation et de
suivi des
dépistages : taux
de couverture,
pourcentage de
faux positifs, taux
de suivi...

* Prévalence des
troubles de la
vision et de
l'audition par âge
et par sexe.

* Limitations
fonctionnelles et
restrictions
d'activité
associées aux
troubles selon les
âges.

* Proportion et
niveau de perte
auditive des
personnes
appareillées.

(privée, sociale, professionnelle) à tous les âges.

		MALADIES CARDIO-VASCULAIRES	
	OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectifs quantifiables.	69	Obtenir une réduction de 13 % de la mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires : - cardiopathies ischémiques : de 13 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes d'ici à 2008 ; - thromboses veineuses profondes : de 15 % d'ici à 2008.	* Incidence et létalité des cardiopathies ischémiques et des embolies pulmonaires.
	70	Hypercholestérolémie : réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) dans la population adulte dans le cadre d'une prévention globale du risque cardiovasculaire d'ici à 2008 : actuellement 1,53 g/l pour le LDL-cholestérol chez les hommes de 35 à 64 ans (objectif PNNS).	* Taux moyen de la LDL-cholestérolémie dans la population adulte.
	71	Hypertension artérielle : réduire de 2 à 3 mm Hg la moyenne de la pression artérielle systolique de la population française d'ici à 2008.	Définir les conditions d'échantillonnage et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et 140/90 mm Hg * Valeur moyenne de la pression systolique par tranche d'âge et par sexe, avec la prise en compte des pourcentages d'hypertendus (= 140/90 mm Hg)

Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques .	72	Accidents vasculaires cérébraux (AVC) : réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC.	reproductible. La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HID, PMSI).	dépistés, traités et contrôlés. * Incidence et létalité des AVC. * Fréquence et sévérité des séquelles fonctionnelles et des incapacités associées dans les suites des AVC.
	73	Insuffisance cardiaque : diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.		* Fréquence des réhospitalisations par décompensation aiguë d'une insuffisance cardiaque.

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES

		OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectif quantifiable.	74	Asthme : réduire de 20 % la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation d'ici à 2008 (actuellement 63 000 hospitalisations complètes ou partielles par an).		* Incidence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation complète ou partielle.
Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.	75	Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) : réduire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité liées à	Dispositif de mesure des limitations fonctionnelles, des restrictions d'activité et des conséquences sur la qualité de	* Proportion de patients présentant une hypoxémie chronique bénéficiant d'une oxygénothérapie à long terme.

la BPCO et ses conséquences sur la qualité de vie.

* Proportion de patients qui ont bénéficié d'un test de réversibilité pharmacologique

* Limitations fonctionnelles, restrictions d'activité et qualité de vie.

MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN (MICI)

	OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.	76	Réduire le retentissement des MICI sur la qualité de vie des personnes atteintes, notamment les plus sévèrement atteintes.	Mesurer la qualité de vie des personnes malades. * Handicaps et qualité de vie à construire.

PATHOLOGIES GYNECOLOGIQUES

	OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques	77	Endométriose : augmenter la proportion de traitements conservateurs.	Disposer de données fiables sur l'incidence, la prévalence de l'endométriose, sur son retentissement sur la qualité de vie et sur la place respective des différents modes de prise en charge. * Incidence et prévalence. * Proportion de traitements conservateurs au cours des prises en charge.
	78	Incontinence urinaire et troubles de la statique pelvienne chez la femme : réduire la fréquence et les	Disposer de données fiables sur la fréquence de ces troubles et sur leur retentissement sur la qualité de vie. * Incidence et prévalence. * Pourcentage de femmes bénéficiant d'une rééducation périnéale dans les suites

		conséquences de l'incontinence urinaire.		d'accouchement.
Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.	79	Pathologies mammaires bénignes chez la femme : réduire le retentissement des pathologies mammaires bénignes sur la santé et la qualité de vie des femmes	Disposer de données d'incidence et de prévalence des différentes pathologies mammaires bénignes et d'une évaluation de la qualité de vie des femmes souffrant de ces pathologies.	

INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE (IRC)

		OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectif quantifiable.	80	Stabiliser l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale d'ici à 2008 (actuellement 112 par million).		* Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale.
Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.	81	Réduire le retentissement de l'IRC sur la qualité de vie des personnes atteintes, en particulier celles sous dialyse.	Mesurer la qualité de vie des personnes malades et identifier les problèmes sociaux associés.	* Indicateurs de qualité de vie des insuffisants rénaux.

TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

		OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectif quantifiable.	82	Ostéoporose : réduire de 10 % l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur d'ici à 2008 (actuellement 67,9 pour 10 000 chez les femmes		* Taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur par âge et sexe.

		et 26,1 pour 10 000 chez les hommes de 65 ans et plus).		
Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques .	83	Polyarthrite rhumatoïde : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par la polyarthrite rhumatoïde.	Dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées.	* Suivi des indices d'incapacité, de fonction et de qualité de vie des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde.
	84	Spondylarthropathies : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par les spondylarthropathies.	Dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées.	* Suivi des indices d'incapacité, de fonction et de qualité de vie des patients souffrant d'une spondylarthropathie.
	85	Arthrose : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites.	Dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées.	* Suivi des indices d'incapacité, de fonction et de qualité de vie des patients souffrant d'arthrose.
	86	Lombalgies : réduire de 20 % en population générale la fréquence des lombalgies entraînant une limitation fonctionnelle d'ici 2008.	Enquête sur la fréquence des lombalgies et les limitations fonctionnelles induites.	* Nombre d'arrêts de travail et durée moyenne des arrêts de travail prescrits pour lombalgie.
Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.	87	Arthrose : améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'arthrose.	Connaître la distribution actuelle des indicateurs de qualité de vie chez les personnes souffrant d'arthrose	Fréquence des conséquences de la maladie affectant la qualité de vie (effets indésirables des traitements, perte d'autonomie, dépendance...) dans la population arthrosique.

AFFECTIONS D'ORIGINE ANTENATALE

	OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques .	88	Réduire la mortalité et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de drépanocytose.	* Taux de mortalité. * Nombre de jours d'hospitalisation par malade et par an. * Nombre d'unités de sang transfusées par malade et par an.
Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques .	89	Améliorer l'accès à un dépistage et à un diagnostic anténatal respectueux des personnes.	Estimer la fréquence actuelle des naissances d'enfants atteints d'une affection d'origine anténatale pour laquelle il n'y a pas eu d'évaluation préalable du risque.

MALADIES RARES

	OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.	90	Assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge.	Définir les critères opérationnels de l'équité.

AFFECTIONS BUCCODENTAIRES

	OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectif quantifiable.	91	Réduire de 30 % d'ici à 2008 l'indice CAO (1) mixte moyen (valeur estimée) à l'âge de 6 ans	* Distributions des indices CAO mixte à 6 ans et CAO à 12 ans.

Objectif quantifiable.	92	(de 1,7 à 1,2) et l'indice CAO moyen à l'âge de 12 ans (de 1,94 à 1,4). Suicide : réduire de 20 % le nombre des suicides en population générale d'ici à 2008 (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par suicide par an).	* Incidence des suicides par tranches d'âge en population générale. * Fréquence relative des moyens de suicide utilisés.	
Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques .	93	Traumatismes non intentionnels dans l'enfance : réduire de 50 % la mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 14 ans d'ici à 2008.	Dispositif de recueil de données d'incidence et de gravité des accidents par cause et par classe d'âge (dans la population des moins de 14 ans). Est connue, à ce jour, la mortalité par accidents, toutes causes confondues, des enfants de 1 à 4 ans : 8,9 pour 100 000 pour les garçons et 5,8 pour 100 000 pour les filles.	* Taux de mortalité à 30 jours après accident chez les 1-14 ans, par cause et par sexe.
	94	Traumatismes liés à la violence routière : réduire fortement et en tendance régulière et permanente le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à	Dispositif épidémiologique des mesures des décès et séquelles lourdes secondaires à un accident de la circulation.	* Taux de mortalité secondaire à un accident de la circulation (par classe d'âge et par sexe). * Taux d'incidence des séquelles secondaires à un accident de la circulation (par classe d'âge et

Objectif dont la quantification a pour préalable d'autres connaissances scientifiques.	95	2008. Traumatismes intentionnels dans l'enfance : définition d'actions de santé publique efficaces.	Réunir l'ensemble des connaissances scientifiques nécessaires.	par sexe).
--	----	--	--	------------

(1) L'indice CAO est la somme des nombres de dents cariées (C), absentes pour cause de carie (A) et obturées définitivement (O).

PROBLEMES DE SANTE SPECIFIQUES A DES GROUPES DE POPULATION TROUBLES DU LANGAGE ORAL OU ECRIT

	OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectif dont la quantification a pour préalable l'évaluation de programmes précédents ou programmes pilotes.	96	Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit.	Evaluation des résultats obtenus par le plan triennal interministériel (juin 2001).

REPRODUCTION, CONTRACEPTION, IVG

	OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.	97	Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.	Améliorer les connaissances relatives à l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG. * Nombre d'IVG survenant en l'absence de contraception ou suite à une mauvaise utilisation de la méthode de contraception. * Population de femmes sexuellement actives qui ne souhaitent pas de grossesse et ont au moins un rapport sexuel sans utiliser de méthode contraceptive au cours des 28 derniers jours.

SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES

	OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectif quantifiable.	98	Dénutrition du sujet âgé : réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350 000-500 000 personnes dénutries vivant à domicile à 280 000-400 000 et de 100 000-200 000 personnes dénutries vivant en institution à 80 000-160 000 d'ici à 2008).	* Prévalence des personnes de plus de 70 ans présentant un taux d'albumine sérique < 35 g/l (par âge, sexe et selon le lieu de vie).
Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.	99	Chutes des personnes âgées : réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008.	Améliorer les connaissances relatives aux circonstances, facteurs déterminants des chutes, notamment en institution.
	100	Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées.	Préciser la fréquence, le type et les circonstances des prescriptions inadaptées. * A construire

Jacques Chirac

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

Jean-Pierre Raffarin

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie,

des finances et de l'industrie,

Nicolas Sarkozy

Le ministre de l'éducation nationale,

de l'enseignement supérieur

et de la recherche,

François Fillon

Le ministre de l'intérieur,

de la sécurité intérieure

et des libertés locales,

Dominique de Villepin

Le ministre de l'emploi, du travail

et de la cohésion sociale,

Jean-Louis Borloo

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

Dominique Perben

La ministre de la défense,

Michèle Alliot-Marie

Le ministre de la santé

et de la protection sociale,

Philippe Douste-Blazy

Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation,

de la pêche et des affaires rurales,

Hervé Gaymard

Le ministre de l'écologie

et du développement durable,

Serge Lepeltier

Le ministre de la culture
et de la communication,

Renaud Donnedieu de Vabres

Le ministre délégué à l'industrie,

Patrick Devedjian

Le ministre délégué

aux petites et moyennes entreprises,

au commerce, à l'artisanat,

aux professions libérales

et à la consommation,

Christian Jacob

Le ministre délégué à la recherche,

François d'Aubert

Le ministre délégué aux relations du travail,

Gérard Larcher

Le secrétaire d'Etat au budget

et à la réforme budgétaire,

Dominique Bussereau

Le secrétaire d'Etat au logement,

Marc-Philippe Daubresse

(1) Travaux préparatoires : loi n° 2004-806.

Assemblée nationale :

Projet de loi n° 877 ;

Rapport de M. Jean-Michel Dubernard, au nom de la commission des affaires culturelles,

n° 1092 ;

Discussion les 2, 7, 8 et 9 octobre 2003 et adoption le 14 octobre 2003.

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n° 19 (2003-2004) ;

Rapport de MM. Francis Giraud et Jean-Louis Lorrain, au nom de la commission des affaires sociales, n° 138 (2003-2004) ;

Discussion les 13, 14 et 15 janvier 2004 et adoption le 19 janvier 2004.