



N° 295

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 octobre 2007.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES SUR LE PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2008* (n° 284)

TOME II

ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL

PAR M. JEAN-PIERRE DOOR,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	11
I.- CRÉDIBLE ET ÉQUILIBRÉ, L'ONDAM POUR 2008 PERMET D'ACCOMPAGNER LES NÉCESSAIRES RÉFORMES STRUCTURELLES DE L'ASSURANCE MALADIE.....	13
A. LA DÉGRADATION DES COMPTES APPELLE UNE RÉACTION RAPIDE ET DÉTERMINÉE DES POUVOIRS PUBLICS	13
1. La décélération des dépenses a marqué un coup d'arrêt en 2007	13
a) <i>L'embellie de 2006</i>	13
b) <i>La rechute de 2007</i>	15
2. Les mesures d'urgence annoncées en juillet dernier ont permis d'infléchir sensiblement l'évolution des dépenses	16
a) <i>La procédure d'alerte a été déclenchée pour la première fois en 2007</i>	16
b) <i>Un plan d'économies a rapidement été engagé, en s'appuyant sur les propositions présentées par les caisses d'assurance maladie</i>	18
B. LE PROJET DE LOI DONNE UNE NOUVELLE IMPULSION DÉCISIVE POUR REDRESSER DURABLEMENT LES COMPTES DE LA BRANCHE MALADIE.....	19
1. Plus réaliste, l'ONDAM est aussi réparti plus équitablement entre les principaux postes de dépenses	19
a) <i>Les objectifs de dépenses nécessitent la réalisation de près de deux milliards d'euros d'économies en 2008</i>	19
b) <i>L'ONDAM est rééquilibré au profit de la médecine de ville</i>	21
2. La maîtrise des dépenses doit être la priorité pour replacer la branche sur une trajectoire de retour à l'équilibre	23
a) <i>Les programmes de qualité et d'efficacité marquent la volonté d'améliorer le suivi, la gestion et la performance de la dépense</i>	23
b) <i>Le rythme de progression des dépenses doit retrouver un niveau plus soutenable à moyen terme</i>	24

II.- LES SOINS DE VILLE : TROIS PRIORITÉS POUR 2008	27
A. CONFORTER ET APPROFONDIR LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE	27
1. Le partenariat conventionnel avec les professionnels de santé est un socle puissant de modernisation de la médecine de ville	28
<i>a) Le dépassement prévisible du sous-objectif de dépenses des soins de ville s'élèverait à 2,8 milliards d'euros en 2007.....</i>	<i>28</i>
<i>b) Le projet de loi propose en conséquence de renforcer l'efficacité de la procédure d'alerte et de la maîtrise médicalisée des dépenses.....</i>	<i>30</i>
2. Des marges de progrès existent pour garantir une prise en charge médicalement justifiée et lutter contre les abus	32
<i>a) L'amélioration de la régulation des transports est un enjeu majeur pour la maîtrise des dépenses de ville</i>	<i>32</i>
<i>b) Le renforcement du contrôle des arrêts de travail se poursuit</i>	<i>33</i>
B. MODERNISER L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS.....	33
1. Les professionnels de santé auront la possibilité d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération et d'exercice	33
<i>a) Les médecins pourront adhérer à des contrats comportant des objectifs individualisés d'amélioration des pratiques</i>	<i>33</i>
<i>b) Les missions régionales de santé joueront un rôle stratégique dans la mise en œuvre des expérimentations.....</i>	<i>34</i>
2. La qualité, la coordination et l'efficience des soins doivent être accrus.....	35
<i>a) La Haute autorité de santé pourra émettre des recommandations de nature médico-économiques.....</i>	<i>35</i>
<i>b) De nouveaux instruments seront développés pour améliorer la coordination des soins</i>	<i>35</i>
C. AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES ASSURÉS ET COUVRIR DE NOUVEAUX BESOINS DE SANTÉ PUBLIQUE	36
1. Promouvoir la santé des femmes	36
<i>a) En améliorant les droits des professionnelles indépendantes et des agricultrices en matière de congé maternité.....</i>	<i>36</i>
<i>b) En permettant aux centres de planification de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse.....</i>	<i>36</i>
2. L'institution de la franchise permettra de répondre à des nouveaux besoins de santé prioritaires	37
<i>a) La franchise contribuera aux investissements consacrés à la maladie d'Alzheimer, aux soins palliatifs et au cancer.....</i>	<i>37</i>
<i>b) La situation des assurés les plus fragiles sera prise en compte.....</i>	<i>38</i>
3. Favoriser l'égal accès de tous aux soins	38
<i>a) Renforcer l'information des assurés sur les dépassements d'honoraires</i>	<i>38</i>
<i>b) Garantir une répartition plus équilibrée des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire.....</i>	<i>39</i>

III.- L'HÔPITAL ET LES CLINIQUES PRIVÉES : LE RENFORCEMENT DES MÉCANISMES DE RÉGULATION STRUCTURELLE	43
A. LES DÉPENSES HOSPITALIÈRES REPRÉSENTENT ENVIRON LA MOITIÉ DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE.....	43
1. Les dépenses hospitalières pèsent moins dans la dynamique des dépenses de l'assurance maladie.....	43
2. Le contexte financier des établissements de santé est variable et de plus en plus difficile à appréhender.....	44
<i>a) La situation financière des cliniques privées à but lucratif continue de s'améliorer dans un contexte de progression des dépenses.....</i>	<i>45</i>
<i>b) Les hôpitaux publics font face à une situation financière critique</i>	<i>45</i>
B. LES RÉFORMES HOSPITALIÈRES SE POURSUIVENT : DE « HÔPITAL 2007 » A « HÔPITAL 2012 »	46
1. Les établissements de santé se sont déjà modernisés sous l'effet du plan hôpital 2007.....	46
<i>a) La tarification à l'activité a réformé le financement des établissements de santé et connaît une montée en charge rapide</i>	<i>46</i>
<i>b) L'investissement hospitalier a été relancé.....</i>	<i>49</i>
<i>c) L'organisation interne de l'hôpital a été réformée</i>	<i>49</i>
<i>d) La planification hospitalière a été simplifiée.....</i>	<i>50</i>
<i>e) La maîtrise médicalisée a été introduite à l'hôpital.....</i>	<i>50</i>
2. Les établissements de santé restent confrontés à certaines difficultés	53
<i>a) Les modalités des convergences intra et intersectorielles ne sont pas totalement satisfaisantes</i>	<i>53</i>
<i>b) Les conséquences de l'instauration des 35 heures doivent être aménagées</i>	<i>55</i>
3. Le choix de la poursuite de la réforme hospitalière a clairement été fait.....	55
<i>a) Une concertation sur les missions de l'hôpital va être lancée</i>	<i>55</i>
<i>b) Un nouveau plan « Hôpital 2012 » va être mis en œuvre.....</i>	<i>55</i>
C. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2008 ENGAGE DES RÉFORMES STRUCTURANTES POUR L'HOPITAL	57
1. La crédibilité de la tarification à l'activité est restaurée	57
<i>a) Le processus de convergence intersectorielle s'appuiera désormais sur un constat partagé des écarts de coûts</i>	<i>57</i>
<i>b) Les hôpitaux publics seront désormais financés intégralement par la tarification à l'activité comme les cliniques privés</i>	<i>58</i>
2. Les restructurations sont davantage favorisées par la mise en commun des moyens au sein des groupements de coopération sanitaire (GCS).....	59

3. La maîtrise médicalisée à l'hôpital est étendue.....	60
<i>a) Le secteur des dispositifs médicaux sera mieux connu.....</i>	60
<i>b) Des expérimentations d'optimisation des dépenses de transport sanitaire vont être menées</i>	61
IV.- LES DÉPENSES DE PRESTATIONS SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES.....	63
1. Les dépenses relevant de la compétence de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).....	63
<i>a) L'ONDAM médico-social délégué à la CNSA</i>	72
<i>b) L'action en faveur des personnes âgées</i>	73
<i>c) L'action en faveur des personnes handicapées.....</i>	75
2. Les dépenses de l'ONDAM médico-social hors champ de la CNSA	76
V.- LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES	79
A. LA PRÉVENTION RESTE UN IMPÉRATIF FORT	79
1. Les accidents du travail et les maladies professionnelles continuent de connaître des évolutions divergentes	79
<i>a) Le nombre d'accidents du travail diminue tendanciellement</i>	79
<i>b) Le nombre des maladies professionnelles reconnues continue d'augmenter</i>	80
2. La gestion du risque requiert une politique cohérente édiflée et appliquée par tous les acteurs.....	81
<i>a) L'assurance maladie définit et met en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles</i>	81
<i>b) L'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) est désormais opérationnelle</i>	81
<i>c) Le gouvernement poursuit la mise en œuvre du plan « Santé au travail »</i>	83
<i>d) La conférence sociale sur les conditions du travail relance le dialogue social.....</i>	84
B. LE DÉFICIT DE LA BRANCHE S'EXPLIQUE PAR LA MONTÉE EN CHARGE DES FONDS LIÉS À L'AMIANTE	85
1. Le déficit de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de 2007 devrait se résorber en 2008	85
2. Le traitement comptable de la créance de la Caisse nationale d'assurance maladie sur le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) a dû être amélioré.....	86
3. Les fonds destinés à la prise en charge des victimes de l'amiante contribuent pour une part importante au déficit de la branche	86
C. LES RÉFLEXIONS SUR LA RÉFORME DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES (AT-MP) ONT PROGRESSÉ	87
1. Le diagnostic sur la nécessaire évolution des fonds amiante est désormais posé.....	88

2. Les partenaires sociaux ont souhaité mieux définir la gouvernance de la branche AT-MP	89
<i>a) Les pouvoirs de la commission des accidents du travail et maladies professionnelles (CATMP) devraient être renforcés</i>	89
<i>b) Un droit de regard sur le financement de la branche serait revendiqué.....</i>	90
3. Les partenaires sociaux souhaitent mettre l'accent sur le caractère préventif du système AT-MP	90
<i>a) La prévention devrait être renforcée</i>	90
<i>b) La tarification devrait devenir plus incitative.....</i>	91
<i>c) La réparation forfaitaire pourrait être personnalisée et améliorée.....</i>	91
D. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2008 APORTE DES AMÉLIORATIONS NOTABLES EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL	92
1. La situation de certains ayants droit de victimes d'accident du travail ou d'une maladie professionnelle est améliorée.....	92
2. Le contrôle des arrêts de travail AT-MP est harmonisé avec les dispositions applicables en matière d'assurance maladie	93
ANALYSE DES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE ET AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL.....	95
DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2007.....	95
Section 2 <i>Dispositions relatives aux dépenses</i>.....	95
<i>Article 5 : Diminution du montant de la dotation et du plafond de dépenses du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).....</i>	95
<i>Article 7 : Rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).....</i>	98
QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2008	101
Section 1 <i>Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie</i>.....	101
<i>Article 25 : Modifications de la procédure d'alerte et des modalités d'entrée en vigueur des accords conventionnels prévoyant des revalorisations tarifaires.....</i>	101
<i>Article 26 : Extension du champ de la procédure de mise sous accord préalable.....</i>	104
<i>Article 27 : Renforcement de l'encadrement des transports des assurés en taxi.....</i>	107
<i>Article 28 : Amélioration de l'information des assurés et du contrôle des caisses d'assurance maladie sur les dépassements d'honoraires</i>	109
<i>Article 29 : Prise en compte du critère médico-économique dans les avis et recommandations de la Haute autorité de santé.....</i>	111
<i>Article 30 : Aménagement du champ de la convention nationale des médecins libéraux et introduction de la possibilité pour les caisses primaires d'assurance maladie de conclure des contrats avec les médecins conventionnés.....</i>	113
<i>Article 31 : Expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins par les missions régionales de santé (MRS).....</i>	115

<i>Article 32</i> : Répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire	120
<i>Article 33</i> : Répartition des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire	123
<i>Article 34</i> : Élargissement du dispositif de pénalité financière aux transporteurs sanitaires et aux entreprises de taxis.....	124
<i>Article 35</i> : Création d'une franchise sur les médicaments, les transports et les actes paramédicaux	126
<i>Article 36</i> : Dossier médical personnel.....	131
<i>Article 37</i> : Dispositions diverses visant à l'harmonisation des prestations de maladie et de maternité entre les différents régimes de sécurité sociale.....	134
<i>Article 38</i> : Déclaration des produits et prestations remboursables	139
<i>Article 39</i> : Restructuration du réseau des officines de pharmacie	144
<i>Article 40</i> : Montant pour 2008 de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.....	157
<i>Article 41</i> : Contribution financière des établissements de santé à la Haute autorité de santé (HAS).....	163
<i>Article 42</i> : Dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité (T2A) aux établissements de santé	167
<i>Article 43</i> : Expérimentation d'une enveloppe hospitalière pour les transports sanitaires.....	181
<i>Article 44</i> : Groupements de coopération sanitaire	184
<i>Article 45</i> : Financement des établissements sociaux et médico-sociaux.....	186
<i>Article 46</i> : Interruption volontaire de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse en centre de planification ou d'éducation familiale	205
<i>Article 47</i> : Dépistage et vaccination gratuits des hépatites virales en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)	208
<i>Article 48</i> : Fixation du montant de la dotation et du plafond de dépenses du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)	209
<i>Article 49</i> : Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	210
<i>Article 50</i> : Fixation du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).....	213
<i>Article 51</i> : Dotation de financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).....	216
<i>Article 52</i> : Contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).....	220
Section 3 Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles	222
<i>Article 54</i> : Plafonnement de l'indemnisation des accidents du travail successifs.....	222
<i>Article 55</i> : Clarification du régime des rentes de certains ayants droit de victimes d'accidents du travail.....	224
<i>Article 56</i> : Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)	227

<i>Article 57</i> : Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.....	233
<i>Article 58</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2008	239
Section 6 Dispositions relatives à la lutte contre la fraude	240
<i>Article 66</i> : Expérimentations concernant les contrôles médicaux des arrêts de travail organisés par les employeurs et les caisses d'assurance maladie	240
<i>Article 70</i> : Extension du contrôle médical aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) et des soins urgents.....	243
<i>Article 71</i> : Harmonisation du contrôle des arrêts de travail AT/MP avec les dispositions applicables en assurance maladie	249
ANNEXES	253
ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES.....	253
ANNEXE 2 : ÉTUDE COMPARATIVE SUR LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DES ASSURÉS AUX DÉPENSES DE SANTÉ EN EUROPE	255

INTRODUCTION

À plus d'un titre, la maîtrise des dépenses d'assurance maladie apparaît comme un défi exigeant, et parfois même vertigineux.

En cinquante-cinq ans, la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le produit intérieur brut (PIB) est en effet passée de 2,5 % en 1950 à 8,8 % en 2005 ⁽¹⁾, et en 2006, le montant total des dépenses de santé en France s'est élevé à 198,3 milliards d'euros, soit 3 138 euros par habitant. Surtout, selon des projections récentes de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), réalisées sur la base des tendances observées sur la période 1998-2004, les dépenses pourraient atteindre 210 milliards d'euros à l'horizon 2015, soit une augmentation de 50 %, du fait notamment du progrès médical et du vieillissement de la population ⁽²⁾.

Compte tenu du niveau de prélèvements obligatoires dans notre pays, ces projections montrent clairement que la soutenabilité de notre système d'assurance maladie ne pourra être assurée que par une action déterminée et un effort collectif sur la maîtrise de la dépense ainsi que sur l'organisation et l'efficacité du système de soins. Dès lors, qui pourrait sérieusement contester que l'assurance maladie n'est pas aujourd'hui « *le défi le plus urgent compte tenu de la dérive des dépenses* », comme l'a affirmé avec force le Premier ministre lors de son discours de politique générale à l'Assemblée nationale, le 3 juillet 2007 ?

Malgré la dégradation des comptes de la sécurité sociale constatée cette année, la réforme de l'assurance maladie engagée en 2004 par l'ancien ministre chargé de la santé, M. Philippe Douste-Blazy, et poursuivie par M. Xavier Bertrand, loin d'être un coup d'épée dans l'eau, a marqué au contraire une première étape décisive dans le redressement des comptes de l'assurance maladie.

En effet, si le déficit prévisionnel de la sécurité sociale atteint près de 12 milliards d'euros pour 2007, soit un niveau proche de celui de 2004, il convient toutefois d'observer que contrairement à 2004 où il s'expliquait en quasi-totalité par la branche maladie, le déficit de la sécurité sociale ne résulte plus uniquement aujourd'hui de déficit de celle-ci (6,2 milliards d'euros pour le régime général en 2007), mais aussi de la dégradation des comptes de la branche vieillesse (4,6 milliards d'euros).

Par ailleurs, sans la mise en œuvre de la réforme de 2004, et si l'évolution tendancielle de 5,5 % avait été effectivement constatée depuis lors, les dépenses à fin 2006 auraient été supérieures de plus de 6 milliards d'euros aux dépenses constatées ⁽³⁾.

(1) DREES, *Etudes et résultats* n° 572, mai 2007

(2) *Étude de la CNAMTS, « Les dépenses d'assurance maladie à l'horizon 2015 », juillet 2007.*

(3) *Rapport au Parlement de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) sur l'évolution des charges et produits des régimes d'assurance maladie (juillet 2007).*

Enfin, pour redresser durablement les comptes, la loi du 13 août 2004 a fait le pari de changer durablement les comportements, ce qui requiert par définition un minimum de temps, et ce d'autant plus que les instruments d'amélioration de la qualité des soins, tels que l'évaluation des pratiques médicales (EPP), la certification des établissements de santé, la formation continue des professionnels de santé ou encore les missions régionales de santé – et *a fortiori* l'expérimentation des agences régionales de santé (ARS), déjà prévue par la réforme de 2004 – n'ont pas tous été mis en place immédiatement et ne pourront produire leurs pleins effets que progressivement au cours des prochaines années.

C'est pourquoi le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale ne remet pas en cause les orientations de la réforme de l'assurance maladie, fondées sur la maîtrise médicalisée des dépenses et le refus d'un rationnement des soins et de la maîtrise comptable. Il est proposé en effet de les consolider et de les approfondir, par exemple dans le domaine des transports sanitaires, et de les compléter par un volet plus structurel sur l'organisation du système de soins.

*

Pour préparer l'examen de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, vingt-deux auditions ont été organisées par le rapporteur, dont la liste figure en annexe du rapport. Un déplacement a également été organisé à Berlin, les dimanche 30 septembre et lundi 1^{er} octobre, avec le rapporteur pour l'équilibre général et les recettes, M. Yves Bur. Que l'ensemble des personnes rencontrées dans ce cadre en soient ici remerciées.

I.- CRÉDIBLE ET ÉQUILIBRÉ, L'ONDAM POUR 2008 PERMET D'ACCOMPAGNER LES NÉCESSAIRES RÉFORMES STRUCTURELLES DE L'ASSURANCE MALADIE

A. LA DÉGRADATION DES COMPTES APPELLE UNE RÉACTION RAPIDE ET DÉTERMINÉE DES POUVOIRS PUBLICS

1. La décélération des dépenses a marqué un coup d'arrêt en 2007

a) *L'embellie de 2006*

- *Malgré un dépassement de 1,2 milliard d'euros par rapport à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté pour 2006...*

En 2006, les dépenses relevant du champ de l'ONDAM ont atteint 141,8 milliards d'euros, soit 1,2 milliard d'euros de plus que l'objectif initial fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. Ce dépassement, résultant d'un écart de 1,4 milliard d'euros des dépenses de soins de ville par rapport au montant du sous-objectif voté par le Parlement, trouve son origine dans plusieurs facteurs.

En premier lieu, comme l'a souligné la Cour des comptes, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre dernier, le sous-objectif de l'ONDAM consacré aux soins de ville a été fixé à un niveau particulièrement ambitieux, puisqu'il correspondait à un taux d'évolution de 0,9 % nettement inférieur à celui retenu pour les autres postes de dépenses. Aussi la Cour a-t-elle estimé que ce sous-objectif « *paraît avoir été fixé de manière irréaliste au regard des instruments permettant d'en assurer le respect* ».

En outre, un certain nombre d'économies prévues au titre du Plan médicament n'ont pas été réalisées en 2006 : alors que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 avait retenu l'hypothèse d'une diminution de 3,3 % des dépenses de produits de santé, ces dépenses ont en définitive augmenté de 2 %. Les dépenses de soins de ville ont par ailleurs connu une accélération, qui n'avait pas été prévue, au cours du second de semestre 2006.

Enfin, la base prise en référence pour la construction de l'ONDAM, c'est-à-dire le montant total des dépenses tel qu'il avait été estimé pour 2005, a été finalement inférieure au montant effectif des réalisations pour cet exercice.

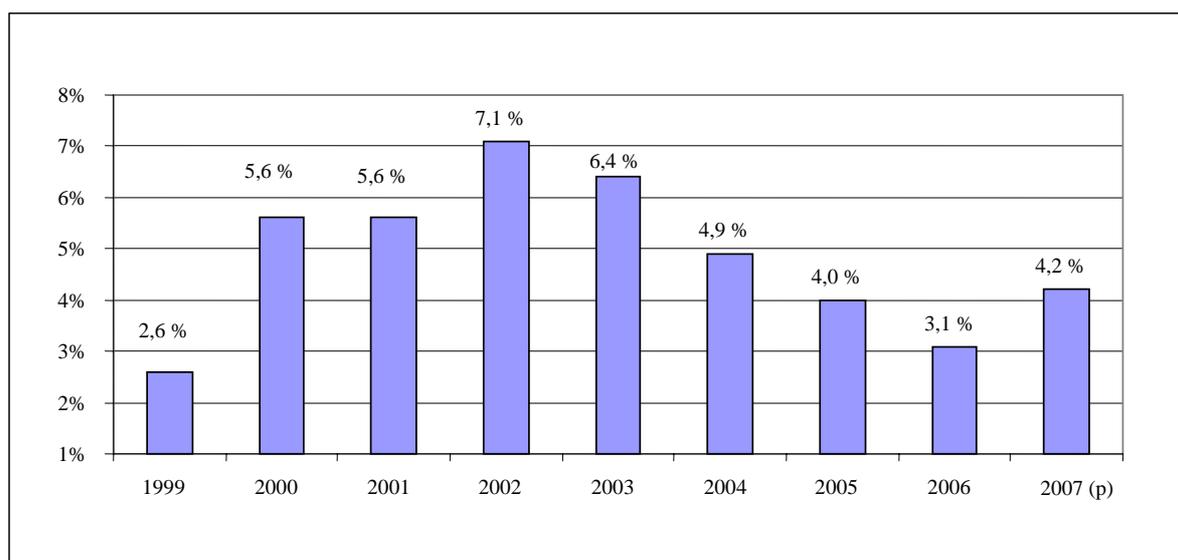
- *... les dépenses d'assurance maladie se sont caractérisées par un taux de progression particulièrement bas en 2006.*

Le dépassement des dépenses par rapport aux objectifs prévus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 ne saurait toutefois occulter plusieurs évolutions positives intervenues par rapport aux années précédentes, qui sont

autant de confirmations de la pertinence des orientations adoptées lors de la réforme de l'assurance maladie en 2004.

En effet, après les taux de croissance très élevés enregistrés en 2002 (+ 7,1 %) et 2003 (+ 6,4 %), l'augmentation des dépenses d'assurance maladie s'est ralentie chaque année jusqu'en 2006, où elle a atteint un point bas avec une hausse de 3,1 %, grâce notamment à la décélération des dépenses de soins de ville, comme l'illustre le graphique ci-dessous.

Évolution du taux de croissance des dépenses relevant du champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) depuis 1999



(p) prévisions

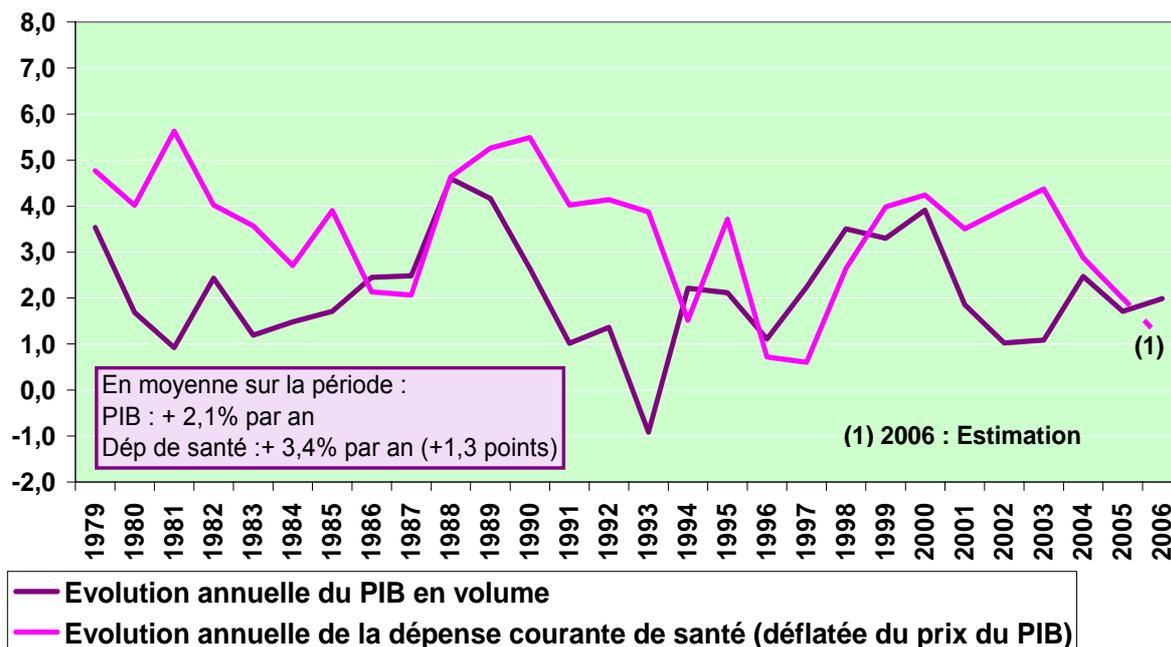
Source : rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2007)

Il convient par ailleurs de replacer l'évolution de ces dépenses dans une perspective de moyen terme. En effet, sur très longue période, la consommation de soins et de biens médicaux a progressé à un rythme annuel moyen supérieur de 2,5 points à celui du produit intérieur brut (PIB) de 1950 à 2005. Cet écart annuel a connu un fléchissement sur les dernières décennies, mais est resté largement positif, plus proche de 1,5 point.

Or, depuis 2004, la croissance moyenne des dépenses de santé a sensiblement décélérer par rapport à celle de la richesse nationale, comme l'illustre le graphique présenté ci-après. Ainsi, pour la première fois depuis 1998, les dépenses de santé en valeur ont augmenté moins que le PIB⁽¹⁾, selon une étude très récente de Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

(1) « Les comptes nationaux de la santé en 2006 », *Études et résultats* n° 593 de la DREES (septembre 2007).

Évolution du produit intérieur brut (PIB) en volume et des dépenses de santé, déflatées des prix du PIB de 1979 à 2006



Source INSEE (PIB) et Ministère de la santé (comptes de la santé)

Source : rapport de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) au Parlement sur l'évolution des charges et produits des régimes d'assurance maladie (juillet 2007)

b) La rechute de 2007

Selon les dernières prévisions présentées à la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre dernier, le taux de croissance des dépenses relevant du champ de l'ONDAM pourrait atteindre 4,2 % en 2007, alors que le montant de l'objectif prévu par la loi de financement correspondait à une augmentation de 2,6 % par rapport aux dépenses estimées pour 2006.

L'augmentation prévisionnelle de ces dépenses correspondrait ainsi à un dépassement de l'ONDAM de l'ordre de 2,9 milliards d'euros, imputable en quasi-totalité aux dépenses de soins de ville, qui seraient supérieures de 2,8 milliards d'euros au montant du sous-objectif fixé par le Parlement.

En effet, après un ralentissement remarquable de la consommation des soins de ville entre 2004 et 2006, ce poste de dépenses augmenterait de 4,1 %, en 2007, contre un sous-objectif fixé, particulièrement bas, à 1,1 %. En revanche, les dépenses des établissements de santé progressaient à un rythme conforme avec les objectifs prévus en loi de financement (+ 3,6 %). Il convient par ailleurs de rappeler que les deux sous-objectifs des dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux (+ 7 %) ne peuvent faire l'objet d'un dépassement car il s'agit désormais d'une dotation de l'assurance maladie à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Décomposition de l'évolution des dépenses relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) depuis 2001

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007 (p)
Soins de ville	7,2 %	8,0 %	6,2 %	4,3 %	3,1 %	2,6 %	4,1 %
Établissements de santé	3,6 %	6,3 %	5,5 %	4,6 %	4,4 %	2,9 %	3,6 %
Médico-social	6,3 %	7,9 %	9,0 %	9,3 %	7,8 %	6,1 %	7,0 %
ONDAM	5,6 %	7,1 %	6,4 %	4,9 %	4,0 %	3,1 %	4,2 %

Source : rapport présenté à la CCSS en septembre 2007

Plusieurs facteurs expliqueraient ce dépassement prévisionnel pour 2007.

– D'une part, la révision à la hausse des prévisions de réalisations des dépenses d'assurance maladie pour 2006 (soit la majoration de la base utilisée pour la construction de l'ONDAM pour 2007) a rendu d'emblée très difficile le respect de l'objectif fixé par le Parlement. Dans ce sens, le rapport présenté à la CCSS en septembre dernier note que « *les sous-objectifs étant fixés en montants, la révision à la hausse des provisions passées au titre de l'année 2006 a pour conséquence que seule une évolution nulle des dépenses en 2007 était compatible avec le respectif du sous-objectif des soins de ville* ».

– Hormis cet « effet de base », la reprise à la hausse des soins de ville s'expliquerait, d'autre part, par le fait que les principaux éléments ayant contribué à la modération observée depuis 2004 (la baisse des indemnités journalières, l'impact du Plan médicament, la participation forfaitaire de un euro, la mise en place du parcours de soins) semblent avoir épuisé leurs effets vers la mi-2006, entraînant une accélération des dépenses depuis un an. Sur les huit premiers mois de l'année 2007, la croissance des dépenses de remboursements particulièrement forte sur certains postes, notamment les produits de santé (4,1 % pour les médicaments), les transports (9,1 %) ainsi que les actes paramédicaux (7,5 %).

Afin de prendre en compte ce dépassement prévisionnel dans la construction de l'objectif de dépenses pour 2008, le projet de loi rectifie en conséquence à 147,7 milliards d'euros le montant de l'ONDAM pour 2007 (*article 7*), contre 144,8 milliards d'euros prévus par la précédente loi de financement de la sécurité sociale.

2. Les mesures d'urgence annoncées en juillet dernier ont permis d'infléchir sensiblement l'évolution des dépenses

a) La procédure d'alerte a été déclenchée pour la première fois en 2007

Dès le début du mois d'avril dernier et en dépit du manque de données disponibles et de la marge d'incertitude subséquente sur les dépenses de l'année 2007, le comité d'alerte s'est inquiété d'un risque de dépassement de l'ONDAM, en estimant que le maintien des dépenses en deçà du seuil d'alerte,

fixé par décret à 0,75 % de l'ONDAM (soit 1,1 milliard d'euros pour 2007) nécessiterait que « *les économies prévues lors de la construction de l'ONDAM soient intégralement réalisées* ⁽¹⁾ », ce qui, à la lumière de l'expérience acquise, constituait une condition pour le moins exigeante.

Malgré cette première mise en garde, la procédure d'alerte n'a pu qu'être déclenchée le 29 mai dernier, en raison de l'existence d'un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM, qui était alors estimé par le comité d'alerte à 2 milliards d'euros pour le seul sous-objectif des soins de ville.

Ainsi, contrairement à ce qu'ont pu affirmer certains de ses détracteurs, cette instance créée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le comité d'alerte a bel et bien fait la preuve de son indépendance et de son efficacité en tant que « vigie » de la branche maladie, en permettant tout à la fois de renforcer le suivi infraannuel des dépenses par les gestionnaires mais aussi d'assurer toute la transparence nécessaire pour nos concitoyens sur la situation de l'assurance maladie.

Il est toutefois préoccupant que les délais de remontée d'information sur les dépenses soient significativement plus longs pour les établissements de santé que pour la médecine ambulatoire, au point même de priver parfois le comité d'alerte de la possibilité d'émettre un avis sur l'exécution de l'ONDAM hospitalier, comme s'en est également ému le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Les observations du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur la mise en œuvre de la procédure d'alerte en 2007

« Pour beaucoup d'intervenants, c'est le manque de réalisme de l'ONDAM fixé qui explique la survenance de l'alerte. D'autant plus qu'elle n'intervient qu'au-delà de la marge de tolérance de 0,75 % qui permet normalement d'étaler des aléas (épidémies par exemple). Constaté au bout de quelques mois un dépassement aussi important laisse perplexe. Afin de « serrer » plus la procédure d'établissement de l'ONDAM, il conviendrait qu'on explicite de façon plus rigoureuse les éléments de prévision de la dépense et les mesures de maîtrise envisagée.

Certains intervenants regrettent que les mesures à décider portent sur les seules dépenses remboursées et pas sur d'éventuelles recettes. La majorité du Conseil pense cependant qu'il est de la nature des lois de financement et de l'ONDAM que ce soit des mesures concernant des dépenses qui doivent être proposées. On a constaté que le comité d'alerte n'était pas en mesure, à la date limite fixée par la loi [soit au plus tard le 1^{er} juin de chaque année] de porter une appréciation sur l'exécution de l'ONDAM hospitalier. Le Conseil souhaite que cette situation s'améliore. »

Source : rapport annuel du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (juillet 2007)

(1) Avis n° 3 du 6 avril 2007 du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

b) Un plan d'économies a rapidement été engagé, en s'appuyant sur les propositions présentées par les caisses d'assurance maladie

Afin de limiter l'ampleur du dépassement de l'ONDAM pour 2007, le gouvernement a annoncé, le 4 juillet 2007, la mise en œuvre d'un plan d'économies représentant près de 1,2 milliard d'euros en année pleine, en s'appuyant sur les propositions présentées par les caisses nationales d'assurance maladie, conformément aux dispositions prévues par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Équitablement répartis entre les différents acteurs, ces mesures de redressement des comptes prévoyaient notamment la hausse du ticket modérateur pour les assurés ne respectant pas le parcours de soins coordonnés autour du médecin traitant, le relèvement du plafond journalier de la participation forfaitaire de un euro, des baisses ciblées des tarifs d'actes de radiologie et de biologie ainsi que des prix de certains médicaments, la généralisation du dispositif conditionnant le bénéfice du tiers payant à l'acceptation des génériques ainsi que le renforcement des mesures de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude.

Ce plan prévoyait également la diminution des crédits du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) à hauteur de 70 millions d'euros pour 2007, mesure qui figure dans le présent projet de loi (*article 5*), en raison des retards constatés dans le déploiement du dossier médical personnel (DMP), ce qui ne remet cependant en rien en cause la nécessité absolue de relancer ce chantier prioritaire.

Les mesures de redressement des comptes de l'assurance maladie retenues par le gouvernement en juillet 2007

(en millions d'euros)

	Économies en 2007	En année pleine
Responsabilisation des assurés ne passant pas par le médecin traitant	50	150
Évolution du plafonnement journalier de la contribution de un euro	80	200
Gel des crédits du FAQSV	70	70
Baisse des tarifs d'actes ciblés de radiologie	22	190
Baisse des tarifs d'actes ciblés de biologie	25	
Incitations des établissements hospitaliers à recourir davantage à la chirurgie ambulatoire	0	150
Généralisation du dispositif « tiers payant » contre générique	15	60
Baisse de prix ciblée de dispositifs médicaux	15	50
Baisse de prix ciblée de médicaments	40	160
Mobilisation des professionnels sur la maîtrise médicalisée	50	100
Lutte contre la fraude	50	95
Total	417	1 225

Source : dossier de presse du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et du ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique (4 juillet 2007)

À cet égard, l'avis émis par le comité d'alerte le 29 juin 2007 a permis d'apporter des précisions intéressantes sur l'impact financier mais aussi sur les modalités d'application des mesures de redressement proposées par les caisses d'assurance maladie, en soulignant en particulier les délais de mise en œuvre de nature à diminuer le rendement financier estimé pour 2007, selon notamment qu'il s'agit d'une mesure de gestion des caisses, d'un texte législatif ou réglementaire ou encore de la négociation entre les partenaires conventionnels.

En tout état de cause, cette nouvelle gouvernance de l'assurance maladie, où chacun prend ses responsabilités, est un apport incontestable de la réforme engagée en 2004. Il est donc particulièrement positif que le projet de loi prévoit de mieux y associer l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), qui pourra elle aussi proposer des mesures de redressement des comptes en cas de déclenchement de la procédure d'alerte (*article 25*).

De manière plus générale, le rapporteur se félicite à cette occasion de l'organisation prochaine d'un grand débat national sur le financement de la santé, afin de notamment de distinguer ce qui doit être financé par la solidarité nationale de ce qui doit relever de la responsabilité individuelle, à travers une couverture complémentaire. En d'autres termes, comme l'a souligné avec force le Président de la République⁽¹⁾, il s'agit de rechercher l'équilibre le plus juste entre la responsabilité et la solidarité, qui doit naturellement rester le principe fondateur de notre système d'assurance maladie.

B. LE PROJET DE LOI DONNE UNE NOUVELLE IMPULSION DÉCISIVE POUR REDRESSER DURABLEMENT LES COMPTES DE LA BRANCHE MALADIE

1. Plus réaliste, l'ONDAM est aussi réparti plus équitablement entre les principaux postes de dépenses

a) Les objectifs de dépenses nécessitent la réalisation de près de deux milliards d'euros d'économies en 2008

Le projet de loi propose de fixer l'ONDAM à 152,1 milliards d'euros pour 2008 (*article 50*), ce qui correspondrait à une augmentation de 2,8 % par rapport au niveau des dépenses attendues pour 2007.

Cet objectif s'inscrit clairement en progression par rapport aux objectifs de dépenses votés pour 2006 (2,5 %) et 2007 (2,6 %), et ce d'autant plus que si l'on excepte les effets de la franchise qu'il est proposé d'instituer (*article 35*), le montant de l'ONDAM proposé permet en fait une progression de la dépense remboursable de 3,4 % en 2008.

(1) *Allocution du Président de la République, M. Nicolas Sarkozy, à l'occasion du 40^{ème} anniversaire de l'Allocution des journalistes de l'information sociale, le 18 septembre 2007.*

Il s'agit donc d'un objectif pleinement réaliste, au regard tant du rythme de croissance des dépenses d'assurance maladie depuis plusieurs années (*cf.* le graphique présenté page 7) que du plan d'économies sur lequel il s'adosse.

En effet, le montant de l'objectif proposé pour 2008 prend à la fois en compte le dépassement prévisionnel de l'ONDAM en 2007 mais aussi l'impact des mesures de redressement annoncées en juillet dernier (avec un effet report estimé à 865 millions d'euros pour 2008) ainsi que les mesures nouvelles proposées dans le cadre de ce projet de loi afin d'optimiser la dépense et l'organisation des soins, concernant tant les soins de ville que l'hôpital.

Selon le gouvernement, la mise en œuvre de ces mesures nouvelles, qui sont détaillées dans l'annexe n° 9 du projet de loi, devraient générer près de deux milliards d'euros en 2008. Une partie d'entre elles sont directement liées à des dispositions prévues par le présent projet de loi, s'agissant en particulier de :

– l'instauration d'une franchise sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports (*article 35*) ;

– de l'extension du dispositif de mise sous entente préalable, actuellement limitée aux médecins prescrivant un nombre anormalement élevé d'arrêts de travail ou de transports, à d'autres domaines de la prescription (*article 26*) ;

– des mesures structurelles, dont certaines proposées par l'UNCAM, visant à améliorer l'organisation de l'offre de soins, en particulier par la voie de contrats individuels conclus entre les caisses locales et les médecins conventionnés de leur ressort (*article 30*), par l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (*article 31*) ou encore les mesures visant à favoriser une répartition plus équilibrée des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire (*articles 32 et 33*).

À ces mesures législatives, s'ajoutent des économies liées :

– à la poursuite de la maîtrise médicalisée prévue par les partenaires conventionnels, dans le cadre notamment de l'avenant n° 23 à la convention nationale des médecins libéraux conclu en mars 2007, dont sont attendus 635 millions d'euros ;

– à la poursuite du Plan médicament, le comité économique des produits de santé (CEPS) étant chargé de procéder à des baisses de prix sur les produits inscrits au répertoire des groupes génériques (médicaments de référence et génériques) depuis plus de vingt-quatre mois, à hauteur de 90 millions d'euros, ainsi que des baisses de prix sur les médicaments qui sont encore sous brevet ;

– aux mesures relatives aux personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD), pour lesquelles « *les règles de remboursement seront appliquées avec plus de rigueur* » selon l'annexe n° 9 précitée. En particulier, les médicaments normalement remboursables à 35 % ne seront plus remboursés qu'à un taux de 35 %, sauf exceptions médicalement justifiées.

Le tableau ci-après récapitule l'ensemble de ces mesures nouvelles d'économies pour 2008.

Impact des mesures nouvelles d'économies sur les dépenses d'assurance maladie en 2008

	<i>(en millions d'euros)</i>	
	Régime général	Tous régimes
<i>Mesures d'économies intégrées à l'ONDAM</i>	<i>1 644</i>	<i>1 925</i>
Franchise sur les médicaments, les transports sanitaires et les actes paramédicaux	723	850
Maîtrise médicalisée (avenant n° 23 de la convention)	543	635
Mesures structurantes proposées par l'UNCAM	86	100
Calcul des indemnités journalières	60	70
Plan médicament : baisse de prix des génériques	77	90
Plan médicament : baisse de prix des médicaments sous brevet	43	50
Encadrement des transports sanitaires effectués par les taxis	26	30
Dispositif d'entente préalable	43	50
Remboursement médicalisé des médicaments à 35 % pour les ALD	43	50
<i>Mesures d'économies hors ONDAM</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
Participation de l'État au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)	100	100
Total	1 744	2 025

Source : annexe 9 du projet de loi

Alors que l'ONDAM a été systématiquement dépassé chaque année depuis sa création, sauf en 1997 et en 2005, le montant de l'objectif proposé pour 2008 traduit ainsi la volonté du gouvernement de rapprocher l'évolution des dépenses remboursées d'une norme à la fois suffisante pour répondre aux besoins de système de santé et compatible avec le nécessaire redressement des comptes.

Dès lors, il est clair qu'il devra impérativement être respecté, comme l'a souligné le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, M. Éric Woerth, lors de la présentation des grandes lignes du présent projet de loi à la CCSS, le 24 septembre dernier.

b) L'ONDAM est rééquilibré au profit de la médecine de ville

Conformément aux dispositions prévues par la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, le montant global de l'ONDAM est subdivisé en sous-objectifs.

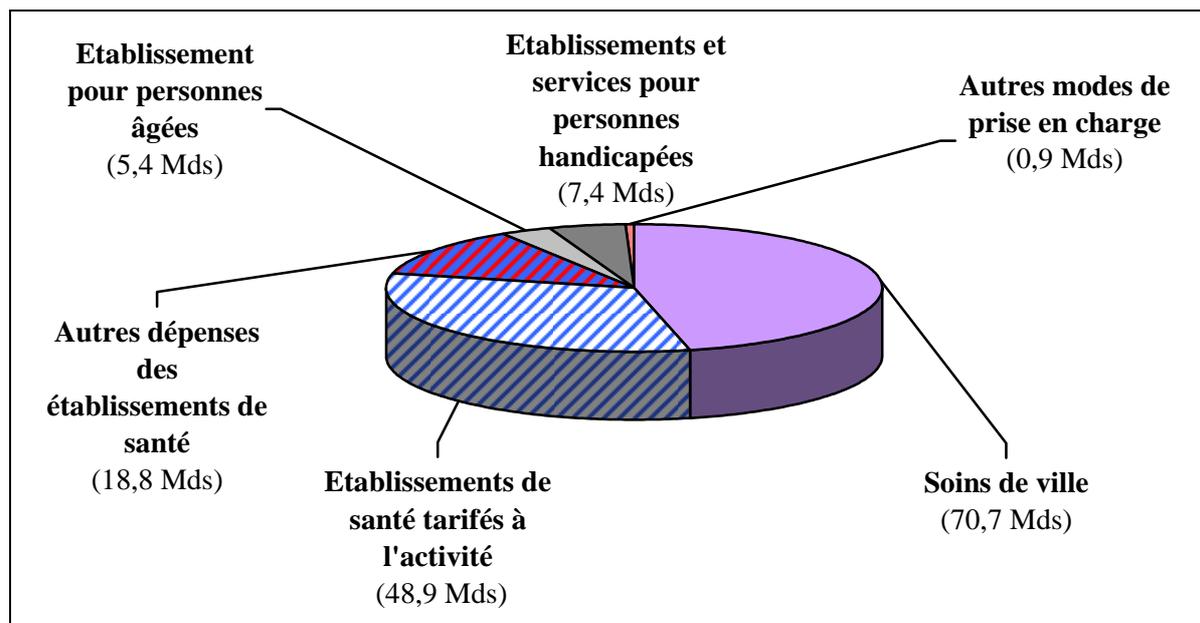
Au nombre de six, ces sous-objectifs de dépenses sont consacrés respectivement aux soins de ville, aux établissements de santé tarifés à l'activité (publics et privés), aux autres dépenses relatives aux établissements de santé, à la

contribution de l'assurance maladie à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour les établissements et services pour personnes âgées et handicapées, et enfin aux autres modes de prise en charge.

Pour 2008, les moyens alloués à chacun de ces postes de dépense se répartissent de la façon suivante.

La décomposition de l'ONDAM pour 2008

(en milliards d'euros)



Source : graphique réalisé d'après l'article 50 du projet de loi

Les taux de progression correspondant aux montants prévus pour chacun des sous-objectifs de l'ONDAM appellent deux séries d'observations.

– En premier lieu, le rapporteur tient à saluer le fait qu'après la fixation du sous-objectif des soins de ville à un niveau particulièrement bas en 2007, le présent projet de loi prévoit un rythme de progression identique (3,2 %) pour les dépenses des établissements de santé, publics et privés, et celles des soins de ville, étant toutefois précisé que dans ce dernier cas, la progression s'élève en fait à 2 %, en intégrant l'impact de l'instauration de la franchise, évalué à 1,2 %.

Du reste, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) avait également convenu de la nécessité d'opérer un tel rééquilibrage si l'on en juge par les propositions relatives à l'ONDAM pour 2008, figurant dans le rapport de l'UNCAM au Parlement de juillet dernier sur l'évolution des charges et des produits de la CNAMTS, du Régime social des indépendants (RSI) et de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA).

La construction de l'ONDAM pour 2008

<i>Dépenses</i>	2007		2008	
	ONDAM voté	ONDAM réalisé	Prop. CNAMTS*	Projet de loi
Soins de ville	1,1 %	4,1 %	3 %	3,2 %**
Hospitalières	3,5 %	3,6 %	3 %	3,2 %
Médico-sociales	6,7 %	7,0 %	6,5 %	6,5 %
Total	2,6 %	4,2 %	3,3 %	3,4 %***

* Propositions de la CNAMTS, dans le rapport précité de l'UNCAM au Parlement de juillet 2007

** Taux incluant l'effet des franchises (1,2%)

*** Taux incluant l'effet des franchises (0,6 %)

Source : UNCAM et dossier de presse du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

– Dans la continuité des précédents projets de loi de financement de la sécurité sociale, l'ONDAM pour 2008 permet également une progression importante des crédits consacrés aux établissements et services pour personnes âgées et handicapées, qui sont gérés par la CNSA, avec une hausse de 6,5 % prévue pour ces deux sous-objectifs de dépenses, communément appelés « ONDAM médico-social ».

2. La maîtrise des dépenses doit être la priorité pour replacer la branche sur une trajectoire de retour à l'équilibre

a) Les programmes de qualité et d'efficience marquent la volonté d'améliorer le suivi, la gestion et la performance de la dépense

Alors que les dépenses de la branche maladie devraient atteindre plus de 170 milliards euros en 2007 et, au-delà, concernent la vie quotidienne de millions de nos concitoyens, qui pourrait sérieusement contester aujourd'hui la nécessité de leur assigner des objectifs précis, de les évaluer régulièrement et de responsabiliser leurs gestionnaires, en d'autres termes, de garantir une véritable gestion par la performance de la dépense sociale ?

C'est précisément pourquoi la loi organique du 2 août 2005 a prévu qu'il est adjoint chaque année aux lois de financement de la sécurité sociale, à compter du présent projet de loi, une annexe sur les programmes de qualité et d'efficience (PQE) relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de sécurité sociale.

Directement inspirés des projets annuels de performance (PAP), prévus par la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF), ces programmes doivent comporter un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population ; des objectifs assortis d'indicateurs, dont le choix doit être justifié ; une présentation des moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs et l'exposé des résultats atteints lors des deux derniers exercices et, le cas échéant, lors de l'année en cours.

S'agissant la branche maladie, le PQE identifie tout d'abord les cinq objectifs principaux assignés à la politique publique de la couverture

maladie : l'égal accès aux soins ; le développement des politiques de prévention ; l'amélioration de la prise en charge des patients ; le renforcement de l'efficience du système de soins et le développement de la maîtrise médicalisée ; la garantie de la viabilité financière de la branche maladie.

Ces objectifs sont par ailleurs assortis de 28 indicateurs, qui permettent de mesurer la performance du système à travers des indicateurs de résultats tels que le taux de pénétration des génériques, la productivité des établissements de santé ou encore le taux d'atteinte des objectifs de la convention médicale.

Si le rapporteur tient à souligner la qualité du programme maladie, qui comporte au surplus un certain nombre d'informations particulièrement utiles pour la représentation nationale, et saluer aussi, à travers elle, l'incontestable progrès constitué par la loi organique d'août 2005, en termes tout à la fois de transparence et de contrôle démocratique de la dépense, plusieurs points n'en méritent pas moins d'être soulignés.

– Il est tout d'abord permis de s'interroger sur le périmètre de l'objectif n° 2 relatif au développement des politiques de prévention, dont la responsabilité relève principalement de l'État, dès lors que les indicateurs retenus recoupent ceux déjà fixés par le PAP de la mission ministérielle « Santé » annexée au projet de loi de finances (c'est le cas par exemple de l'indicateur relatif au taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein) mais aussi par les objectifs pluriannuels prévus par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (tel que la couverture du dépistage du col de l'utérus).

– Tous les indicateurs ne présentent pas le même intérêt en termes d'évaluation de l'efficience : c'est particulièrement le cas des treize indicateurs figurant dans la première partie du PQE relative aux données de cadrage.

– Enfin, sur la méthode, et sans méconnaître les spécificités de la dépense sociale liées notamment à la multiplicité des acteurs concernés et à l'importance de facteurs conjoncturels tels que des épisodes épidémiques, il semble toutefois opportun que les indicateurs soient plus souvent accompagnés de la définition de valeur cible (c'est-à-dire qu'ils prévoient un objectif précis, en pourcentage ou en valeur absolue, plutôt qu'un objectif général du type « augmentation » ou « réduction des écarts ») afin de pouvoir mesurer réellement la performance de la dépense et donc de la politique publique engagée.

b) Le rythme de progression des dépenses doit retrouver un niveau plus soutenable à moyen terme

En 2008, les nouvelles mesures d'économies et de recettes devraient permettre de ramener le déficit de la branche maladie à moins de 4,3 milliards d'euros, alors que son déficit tendanciel était évalué à 7,1 milliards d'euros lors de la dernière réunion de la CCSS en septembre dernier.

Pour les prochaines années, conformément à la loi organique du 2 août 2005, le projet de loi prévoit par ailleurs l'approbation par le Parlement (*article 8*) d'une

annexe présentant le cadrage quadriennal des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses par branche des régimes de sécurité sociale.

Ces projections sont construites, en l'absence de recettes supplémentaires, autour de deux scénarios économiques reprenant les hypothèses d'évolution du PIB (2,5 % – 3 %), de la masse salariale (4,4 % – 5 %) et de l'inflation (1,6 %), retenues dans le rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières de la nation, annexé au projet de loi de finances pour 2008.

S'agissant de la branche maladie, les comptes ne sont pas présentés à partir d'une évolution tendancielle des dépenses comme pour les autres branches, mais avec un objectif national de dépenses d' « *au plus 2 % en volume* » par an sur la période, soit environ 3,5 % en euros courants, comme l'avait annoncé le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, M. Éric Woerth, lors du débat d'orientation budgétaire de juillet dernier.

Le rapport annexé, dont on peut d'ailleurs regretter qu'il ne consacre pas de développements plus nourris à la description de la stratégie et des moyens de redressement de la branche maladie au cours des prochaines années, comporte également un scénario « alternatif » fondé sur une ONDAM fixé à 1,5 % en volume.

***Évolution prévisionnelle du solde du régime général
de la branche maladie sur la période 2007-2012***

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	<i>Avec un ONDAM à 2 % en volume</i>					
Scénario bas	- 6,6	- 4,3	- 4,8	- 4,3	- 3,7	- 3,1
Scénario haut	- 6,2	- 4,3	- 4,2	- 3,0	- 1,6	- 0,1
	<i>Variante avec un ONDAM à 1,5 % en volume à partir de 2009</i>					
Scénario bas	-6,2	-4,3	-4,2	-2,9	-1,6	-0,1
Scénario haut	-6,2	-4,3	-3,5	-1,6	0,6	2,9

Source : tableau réalisé d'après l'annexe B du projet de loi

S'il n'est pas contraire à la lettre de la loi organique du 2 août 2005 et vise naturellement à renforcer l'information du Parlement, on peut toutefois se demander si l'existence de quatre scénarios distincts, selon que la situation économique est plus ou moins favorable et selon que l'ONDAM est plus ou rigoureux, n'est pas *in fine* contraire aux objectifs poursuivis, à savoir donner aux lois de financement un cadre d'évolution lisible et une véritable profondeur temporelle.

Par ailleurs, le rapporteur note que le retour à l'équilibre du régime général ne serait possible en 2011 que dans le scénario économique haut, avec un ONDAM à 1,5 % en volume, ce qui supposerait des efforts accrus de maîtrise des dépenses d'assurance maladie mais aussi d'amélioration de l'organisation du système de santé, qu'il s'agisse des soins de ville, des établissements de santé ou encore des établissements et services médico-sociaux.

II.- LES SOINS DE VILLE : TROIS PRIORITÉS POUR 2008

Chacun le sent bien, le caractère universel et solidaire de l'assurance maladie ne pourra perdurer qu'au prix d'une action déterminée de tous afin de promouvoir la qualité et le bon usage des soins mais aussi le respect des règles de prise en charge par la collectivité.

La réforme de l'assurance maladie engagée en 2004 a permis de poser les jalons indispensables vers cette modernisation du système de soins, tout particulièrement dans le domaine de la médecine de ville, en impulsant une dynamique nouvelle de maîtrise médicalisée des dépenses, s'appuyant sur un partenariat rénové avec les professionnels de santé, sans quoi rien évidemment ne se fera.

Il apparaît cependant aujourd'hui nécessaire d'aller plus loin. Aussi le projet de loi prévoit-il d'approfondir tout d'abord les axes directeurs de cette réforme mais aussi de les compléter par un ensemble de mesures structurelles.

Les défis exigeants auxquels notre système d'assurance maladie est confronté ne sauraient toutefois se résumer à la seule maîtrise des dépenses, aussi nécessaire, aussi morale soit-elle, car il n'est plus supportable de reporter indéfiniment la charge de nos déficits sur les générations futures. Dans un souci d'équité et de justice sociale, il nous appartient en effet dès à présent d'anticiper les besoins de demain, liés par exemple au vieillissement de la population ou aux disparités territoriales, et de veiller à garantir le respect de l'ambition première de notre système de sécurité sociale : un égal accès de tous aux soins.

A. CONFORTER ET APPROFONDIR LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE

La maîtrise médicalisée consiste à exploiter les gisements d'économies qui peuvent être mobilisés dans le système en optimisant l'emploi des ressources, par l'augmentation du rapport coût-efficacité du système de soins, c'est-à-dire soigner aussi bien ou mieux, en évitant les dépenses inutiles ou faiblement utiles.

Depuis 2004, cette approche a été systématisée et développée, en empruntant principalement deux voies : la définition et le suivi d'objectifs contractualisés avec les professionnels de santé, s'appuyant sur des référentiels médicaux, d'une part, et la mise en œuvre d'actions visant à garantir que la prise en charge des prestations est toujours justifiée, en luttant notamment contre les fraudes et les abus, d'autre part.

Ces deux principes majeurs doivent plus que jamais être soutenus mais il n'en demeure pas moins nécessaire, comme le propose le projet de loi, de les compléter et de les enrichir par la mise en place de nouveaux instruments permettant d'en accroître encore davantage l'efficacité.

1. Le partenariat conventionnel avec les professionnels de santé est un socle puissant de modernisation de la médecine de ville

a) Le dépassement prévisible du sous-objectif de dépenses des soins de ville s'élèverait à 2,8 milliards d'euros en 2007

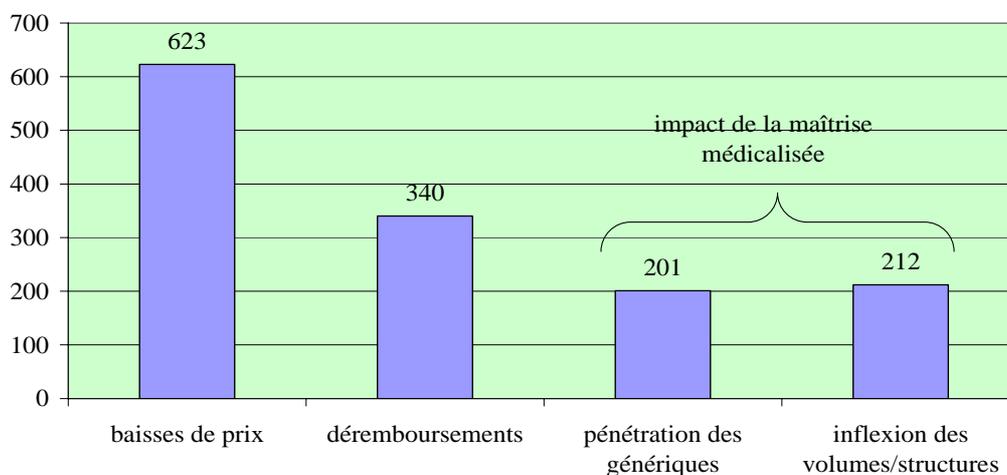
Pour réaliser des gains d'efficacité, qui nécessitent de changer les comportements des acteurs, au premier rang desquels les prescripteurs de soins, l'adhésion des professionnels de santé est une condition *sine qua non* pour améliorer profondément et durablement les pratiques.

Partant de ce constat, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats représentatifs des professionnels concernés se sont engagés résolument dans cette direction, en concluant, depuis janvier 2005, un certain nombre d'accords conventionnels fixant des objectifs quantifiés de diminution des dépenses sur certains postes de dépenses stratégiques.

Certes, les résultats sont peut-être en deçà des attentes, mais ils n'ont pas moins été tangibles, s'agissant tout particulièrement de la prescription des statines, des arrêts de travail ou encore des antibiotiques. Ainsi, les économies générées au titre de la maîtrise médicalisée ont représentées plus de 1,3 milliard d'euros pour 2005 et 2006, comme l'indique le tableau présenté ci-après.

La fixation et le suivi régulier des objectifs conventionnels, relayée par des actions d'accompagnement des professionnels sur le terrain, à travers notamment les délégués de l'assurance maladie, a donc eu un impact effectif sur les comportements de prescription. C'est tout particulièrement le cas pour les dépenses de médicament, qui ont évidemment été impactées par les baisses de prix intervenues, mais pour lesquelles un réel impact sur les volumes a été observé.

Décomposition des effets concourant à la baisse du poste médicament par rapport à la tendance en 2006



Source : rapport de l'UNCAM au Parlement sur l'évolution des charges et produits des régimes d'assurance maladie (juillet 2007)

Les résultats de la maîtrise médicalisée depuis 2005

(montants exprimés en millions d'euros)

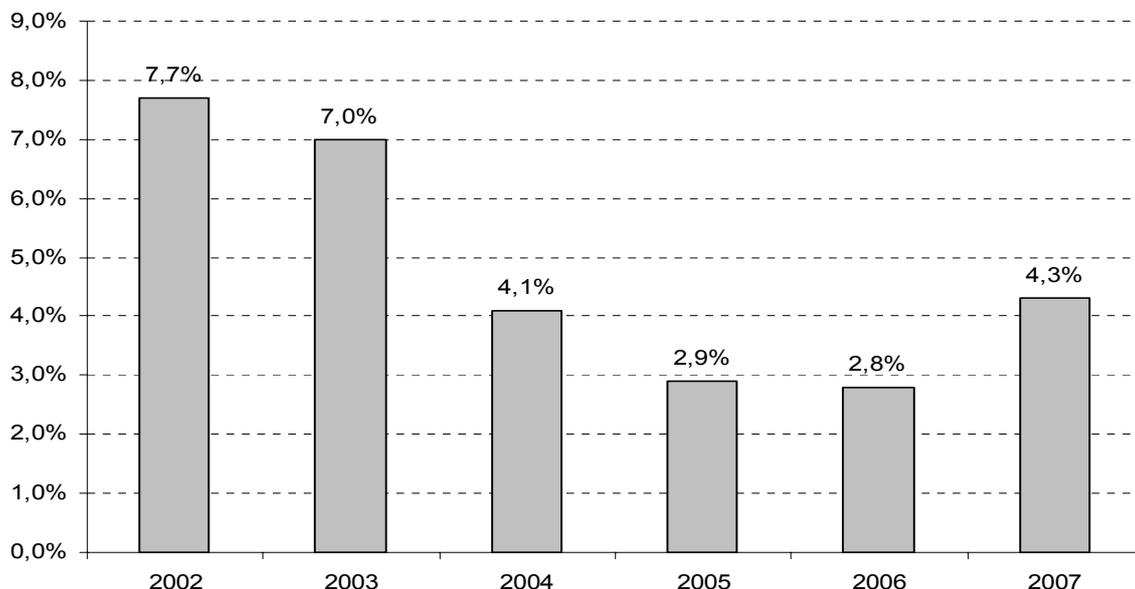
Année	2005			2006			2007
	Objectifs	Réalisations	Atteinte des objectifs	Objectifs	Réalisations	Atteinte des objectifs	Objectifs
Antibiotiques	91	35	38 %	63	52	82,5 %	40
Statines	161	122	76 %	93	132	141,9 %	90
Psychotropes	33	11	33 %	13	22	169,2 %	13
Arrêts de travail	150	432	288 %	190	277	145,8 %	80
ALD – médecins libéraux	340	88	26 %	292	80	27,4 %	146
ALD – établissements	115	–	–	–	–	–	–
Médicaments génériques ⁽¹⁾	55	33	60 %	25	–	100,0 %	20
Accords de bon usage des soins (AcBUS)	53	0	0 %	49	0	0,0 %	59
Transports	–	–	–	38	0	0,0 %	30
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	–	–	–	28	13	46,4 %	20
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) sartans	–	–	–	–	–	–	80
Actes	–	–	–	–	–	–	30
Dispositifs médicaux	–	–	–	–	–	–	20
TOTAL	998	721	72 %	791	601	76 %	623

Source : rapport annuel du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (juillet 2007)

(1) Il ne s'agit pas dans ce tableau de l'économie liée à la pénétration du générique dans le répertoire, qui s'élève à environ 150 millions d'euros en 2006, mais uniquement de l'objectif de prescription dans le répertoire.

Toutefois, après une décélération continue depuis 2002, l'enveloppe des soins de ville devrait progresser de 4,1 % en 2007, comme l'illustre le graphique ci-dessous, soit un dépassement de plus de 2,8 milliards d'euros par rapport à l'objectif fixé par le Parlement.

Évolution des soins de ville du régime général depuis 2002



Source : rapport de la CCSS de septembre 2007

Selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) en septembre dernier, cette reprise à la hausse des dépenses est notamment portée par quelques postes en croissance particulièrement vive depuis les huit premiers mois de l'année, en particulier les transports de malades (+ 9 %) et les honoraires paramédicaux (+ 8 %). Les honoraires médicaux connaîtraient quant à eux une évolution plus modérée, quoique soutenue (+ 3,3 %), et si les dépenses de médicaments repartent à la hausse, avec une évolution prévisionnelle de 3,5 %, il est à noter cependant que ce niveau est en deçà de celui de 2005.

b) Le projet de loi propose en conséquence de renforcer l'efficacité de la procédure d'alerte et de la maîtrise médicalisée des dépenses

Alors que la hausse tendancielle des soins de ville est aujourd'hui comprise entre 5 et 6 % par an, la fixation d'un objectif à 1,1 % pour 2007 ne peut qu'inciter à réfléchir sur les moyens d'améliorer les conditions d'élaboration de l'ONDAM afin notamment d'éviter une intervention prévisible du comité d'alerte. À cet égard, il est donc particulièrement positif et encourageant que le projet de loi fixe un objectif crédible, donc responsabilisant, de 3,2 % pour 2008, soit 2 % si l'on excepte les effets de la franchise (*article 50*).

Toutefois, si le niveau de dépassement de l'ONDAM entre 2003 et 2005 (c'est-à-dire l'écart entre l'objectif fixé par le Parlement et les dépenses effectivement réalisées) s'est fortement réduit, depuis 2006, ce dépassement tend à retrouver le niveau qu'il connaissait entre 2000 et 2002.

Afin de restaurer la crédibilité de l'ONDAM et donc son efficacité en tant qu'instrument de pilotage des dépenses prises en charge par l'assurance maladie, il apparaît dès lors nécessaire de lui donner un caractère plus contraignant en renforçant l'efficacité de la procédure d'alerte, ce qui constitue également la contrepartie d'un objectif de dépenses fixé à niveau plus réaliste.

Dans cet objectif, le projet de loi prévoit que les mesures de revalorisations tarifaires ne puissent entrer en vigueur qu'au terme d'une période d'observation de six mois après la conclusion des accords conventionnels conclus en ce sens (*article 25*). Ces dispositions visent, d'une part, à veiller à ce que la compatibilité des revalorisations avec l'objectif de dépenses voté soit mieux assurée et, d'autre part, à prendre en compte l'incidence de ces revalorisations lors de la construction de l'ONDAM pour l'année à venir.

Il est par ailleurs proposé de suspendre l'entrée en vigueur des revalorisations tarifaires en cas de dérapage des dépenses entraînant le déclenchement de la procédure d'alerte, étant précisé que ces mesures de revalorisation pourront être différées ou confirmées par un nouvel avenant conventionnel si l'UNCAM les juge compatibles avec le respect de l'ONDAM. En l'absence d'un tel avenant, ces mesures entreront en vigueur au plus tard le 1^{er} janvier de l'année suivante afin de garantir la mise en œuvre des accords conventionnels.

Il apparaît cependant nécessaire de mieux associer les partenaires conventionnels à la mise en œuvre de ces dispositions et de veiller à ce qu'en tout état de cause, l'entrée en vigueur des mesures de revalorisations tarifaires ne puissent être reportées si le risque sérieux de dépassement de l'ONDAM ayant motivé le déclenchement de la procédure d'alerte n'est pas imputable à l'évolution des soins de ville, ainsi que le prévoit un amendement adopté par la commission, à l'initiative du rapporteur.

Le projet de loi prévoit également que les objectifs conventionnels de maîtrise médicalisée soient désormais fixés en volume (par exemple, en nombre de boîtes de médicaments prescrites) et non en valeur, afin de neutraliser les effets des baisses de prix intervenues le cas échéant en cours d'année et ainsi d'améliorer le suivi des engagements pris par les professionnels de santé. Il est par ailleurs prévu que les engagements conventionnels de maîtrise portent notamment sur une prescription plus importante au sein du répertoire des groupes génériques, afin de conserver toute leur place dans la stratégie thérapeutique à des médicaments, moins coûteux, dont l'efficacité et la tolérance sont établis (*article 30*).

2. Des marges de progrès existent pour garantir une prise en charge médicalement justifiée et lutter contre les abus

Ce projet de loi comporte un important volet de lutte contre les abus, la fraude et, plus largement, les dépenses inutiles car non justifiées d'un point de vue médical. En effet, comme l'a souligné récemment le Président de la République, on ne peut pas demander aux Français d'être solidaires s'ils ne sont pas assurés que chacun est responsable et même irréprochable dans le respect des règles.

Il y a là incontestablement d'importantes économies à réaliser dans ce domaine. Ainsi, selon les premiers résultats du plan de contrôle national de l'assurance maladie présentés en décembre dernier ⁽¹⁾, six fois plus de fraudes et d'abus ont été détectés en 2006 qu'en 2005, pour un montant total de 120 millions d'euros, qui correspond par exemple au coût de 91 appareils d'IRM ou encore au coût de fonctionnement annuel de quatre hôpitaux publics moyens !

a) L'amélioration de la régulation des transports est un enjeu majeur pour la maîtrise des dépenses de ville

Les dépenses remboursables de transports représentent 2,2 milliards d'euros pour le régime général et la croissance de ces dépenses reste particulièrement vive (entre 8 et 10 % en moyenne sur les dix dernières années), en dépit des actions engagées afin de renforcer la médicalisation de la prescription de transports, à travers notamment l'élaboration d'un référentiel, des accords d'amélioration des pratiques hospitalières et de la mise en place de la procédure de mise sous accord préalable pour les plus gros prescripteurs.

Afin de renforcer les moyens de contrôle de l'assurance maladie et responsabiliser davantage l'ensemble des acteurs concernés, qu'ils soient prescripteurs, assurés ou transporteurs, le projet de loi prévoit notamment :

– l'extension de la procédure de mise sous accord préalable aux médecins pour lesquels le taux moyen de prescription de transports en ambulance est significativement supérieur à la moyenne régionale ; cette procédure sera également étendue aux autres domaines de la prescription, notamment les médicaments (*article 26*) ;

– le renforcement de l'encadrement de l'offre de transports en taxi, en prévoyant l'obligation pour ces entreprises de conclure une convention avec la caisse d'assurance maladie pour que leurs frais soient remboursés (*article 27*) ;

– l'application aux transporteurs sanitaires et aux taxis du dispositif de pénalité financière prévu par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (*article 34*) ;

(1) Dossier de presse de la CNAMTS, « Contrôles et lutte contre la fraude » (14 décembre 2006).

– l’expérimentation de la gestion par les établissements de santé d’une enveloppe budgétaire de transports leur permettant d’organiser et de gérer ces prestations à travers une procédure d’appel d’offres (*article 43*).

b) Le renforcement du contrôle des arrêts de travail se poursuit

Les arrêts de travail pour cause de maladie ont représenté 7,3 milliards d’euros en 2006. Depuis la réforme engagée en 2004, les contrôles des caisses d’assurance maladie ont été significativement renforcés, en particulier sur les arrêts de courte durée. Au total, près de 600 000 arrêts de travail ont ainsi été contrôlés en 2006, dont plus de 272 000 sur les arrêts de courte durée.

En particulier, la mise sous accord préalable de certains professionnels prescrivant un nombre anormalement élevé d’arrêts de travail, si elle n’a concerné qu’un nombre très limité de médecins (180 généralistes sur 54 000 au total), n’en a pas moins permis de réaliser de substantielles économies, estimées à 35 millions d’euros pour 2006 et 2007, et surtout de faire évoluer les comportements dans ce domaine, par une action d’accompagnement des professionnels concernés.

Entre 2004 et 2006, un net infléchissement des prescriptions d’indemnités journalières, le nombre d’arrêts de travail prescrits ayant baissé de près de 4 % en 2006. Toutefois, depuis l’année dernière, ces dépenses semblent repartir sur une tendance haussière, s’agissant notamment des indemnités versées en cas d’accident du travail, dont la hausse est estimée à 7,7 % pour 2007.

Afin de conforter les progrès enregistrés dans ce domaine, il est tout d’abord proposé de renforcer la coordination entre les actions du service du contrôle médical des caisses d’assurance maladie et les contrôles mandatés par l’employeur en application de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation (*article 66*).

Le projet de loi permet également d’aligner certaines règles relatives aux arrêts de travail en matière d’accidents du travail et de maladies professionnelles avec les dispositions applicables pour l’assurance maladie en renforçant les moyens de contrôle des arrêts du travail consécutifs à un accident du travail et en rendant opposable aux caisses les avis du contrôle médical (*article 71*).

B. MODERNISER L’ORGANISATION DE L’OFFRE DE SOINS

1. Les professionnels de santé auront la possibilité d’expérimenter de nouveaux modes de rémunération et d’exercice

a) Les médecins pourront adhérer à des contrats comportant des objectifs individualisés d’amélioration des pratiques

Ainsi qu’il a déjà été souligné, la convention nationale, conclue le 12 janvier 2005, entre l’UNCAM et plusieurs syndicats représentatifs, ainsi que

ses différents avenants constituent un vecteur important d'amélioration de l'offre de soins, par une action sur les pratiques de prescription dans le cadre de la maîtrise médicalisée ainsi que par l'institution du parcours de soins coordonnés autour du médecin traitant. Elle constitue à ce titre le cadre privilégié des relations entre l'assurance maladie et les médecins libéraux.

En s'appuyant sur ces fondations, le projet de loi ouvre la possibilité aux médecins qui le souhaitent en d'adhérer des contrats avec les caisses primaires d'assurance maladie, qui devront être conformes à un contrat-type élaboré par l'UNCAM (*article 30*).

Ce contrat pourra notamment comporter des engagements individualisés concernant la prescription du professionnel, sa participation à des actions de dépistage et de prévention, ou encore, plus largement, à toute action d'amélioration des pratiques professionnelles. En contrepartie, les médecins bénéficieront d'une rémunération forfaitaire complémentaire, qui pourra être liée à l'atteinte des objectifs par le professionnel et qui sera directement par les caisses d'assurance maladie.

Il apparaît cependant nécessaire de mieux associer les partenaires conventionnels à la mise en œuvre de ces dispositions, en prévoyant leur consultation sur le contrat-type élaboré par l'UNCAM, comme le prévoit un amendement adopté par la commission, à l'initiative du rapporteur.

b) Les missions régionales de santé joueront un rôle stratégique dans la mise en œuvre des expérimentations

Afin notamment de mieux répondre aux aspirations des professionnels de santé, en particulier les jeunes médecins, le projet de loi prévoit tout d'abord d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant, par exemple pour le suivi des personnes atteintes d'une affection chronique (*article 31*).

La conduite de ces expérimentations sera confiée aux missions régionales de santé (MRS), créées par la loi du 13 août 2004 et constituées entre les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM). En outre, pour améliorer la coordination des soins entre les professionnels exerçant à titre libéral et les établissements de santé et s'adapter au plus près des besoins locaux, les MRS pourront également d'expérimenter de nouvelles formes de financement et d'organisation de la permanence des soins.

Il apparaît cependant nécessaire, là encore, que les partenaires conventionnels soient consultés sur la définition des modalités de mise en œuvre de cette expérimentation. En particulier, la commission a adopté un amendement du rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, M. Yves Bur, prévoyant que les projets des MRS soient transmis au collège des directeurs de l'UNCAM, chargé notamment veiller à ce que ces rémunérations soient bien compatibles avec le respect des objectifs de dépenses votés par le Parlement.

Ces dispositions s'inscrivent ainsi dans la double perspective du nécessaire décloisonnement du système de santé, mais aussi de sa régionalisation, dès lors que les MRS pourraient, d'une certaine manière, préfigurer les agences régionales de santé (ARS), dont le périmètre et les missions restent encore à définir.

2. La qualité, la coordination et l'efficacité des soins doivent être accrus

a) La Haute autorité de santé pourra émettre des recommandations de nature médico-économique

Instituée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la Haute autorité de santé (HAS) est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, qui est principalement chargée de procéder à l'évaluation régulière du service rendu par les produits et prestations de santé et de contribuer par ses avis aux décisions prises par les pouvoirs publics concernant leur remboursement par l'assurance maladie. La Haute autorité de santé est également chargée de formuler des recommandations relatives à la prise en charge des assurés, s'agissant notamment des personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD).

L'article 29 du projet de loi vise à lui permettre d'émettre des avis sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces, c'est-à-dire, en quelque sorte d'évaluer leur rapport coût-bénéfice. En effet, comme l'avait déjà souligné le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dans son rapport de janvier 2004, « *l'exercice de la recherche d'efficacité constitue, pour peu qu'on s'y arrête, l'expression même de la solidarité financière des assurés sociaux : c'est dans l'arbitrage réalisé sur des bases médico-économiques que se formulent les priorités d'emploi des fonds collectifs. C'est cet arbitrage qui est au cœur du mécanisme de mutualisation de l'assurance maladie.* »

L'élargissement des missions de la HAS permettra ainsi de mettre à la disposition des pouvoirs publics des outils scientifiques pour leur prise de décision et de promouvoir des parcours de soins efficaces, comme le font déjà plusieurs de ses homologues en Europe, en particulier le *National institute for clinical excellence* (NICE).

b) De nouveaux instruments seront développés pour améliorer la coordination des soins

La création d'un dossier médical personnel (DMP) constitue l'un des apports majeurs de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. S'il convient naturellement de tirer tous les enseignements nécessaires des retards observés dans son déploiement, ce chantier prioritaire n'en doit pas moins d'être rapidement relancé.

Il importe en effet dès à présent de favoriser les conditions de son déploiement. Dans cette perspective, le projet de loi prévoit la création d'un

portail unique, qui permettra d'assurer le contrôle et la traçabilité des accès aux DMP (*article 37*). Plus largement, les travaux en cours de la mission d'information de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale sur le DMP permettront de formuler des recommandations et d'ouvrir largement le débat sur l'ensemble des aspects soulevés par cette question.

D'ores et déjà, le rapporteur se félicite de la mise en place d'instruments permettant d'améliorer sensiblement la coordination des soins, à commencer par l'historique des remboursements, dit « web médecin », qui est actuellement géré par la CNAMTS et qui était également prévu par la loi, décidément fondatrice, du 13 août 2004. En outre, le dossier pharmaceutique, préparé par l'ordre national des pharmaciens et autorisé à titre expérimental par la Commission nationale pour l'informatique et les libertés (CNIL) depuis le 15 mai 2007 dans six départements, apparaît dès maintenant opérationnel. Il permettra en particulier de mieux lutter contre les interactions médicamenteuses ou les redondances de traitements.

C. AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES ASSURÉS ET COUVRIR DE NOUVEAUX BESOINS DE SANTÉ PUBLIQUE

1. Promouvoir la santé des femmes

« *Il y a des combats auxquels on ne renonce jamais, des combats qui n'en finissent pas* ». C'est par ces quelques mots que la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports a annoncé sa volonté d'engager une politique volontariste en faveur de l'amélioration de la santé des femmes, dans un discours fondateur prononcé le 11 septembre 2007. Dans l'immédiat, cette volonté forte trouve sa traduction dans deux mesures proposées par le projet de loi.

a) En améliorant les droits des professionnelles indépendantes et des agricultrices en matière de congé maternité

Pour permettre aux femmes exerçant une profession indépendante, comme les chefs d'entreprise ou les artisans, de mieux concilier vie familiale et professionnelle mais aussi pour limiter le risque de naissances prématurées, le gouvernement prévoit tout d'abord d'allonger de quatorze jours la durée du congé prénatal les concernant.

Dans le même sens, le projet de loi prévoit d'aligner sur le régime général la durée du congé maternité des agricultrices en cas de naissance multiple ou de grossesse pathologique (*article 37*).

b) En permettant aux centres de planification de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse

La possibilité donnée aux médecins exerçant dans les centres de planification ou d'éducation familiale de pratiquer des IVG par voie

médicamenteuse vise à répondre aux difficultés rencontrées par les femmes qui souhaitent avorter, liées aux délais d'attente souvent longs dans les établissements de santé et du nombre, mais aussi de limiter les risques liées aux IVG pratiquées par voie chirurgicale (*article 46*).

Les centres de planification sont en effet très accessibles et bien connus des femmes, en particulier les plus fragiles d'entre elles, et le dispositif proposé comporte également toutes les garanties nécessaires en termes de sécurité, les centres devant notamment conclure une convention spécifique avec un établissement de santé, mais aussi en termes d'accompagnement social.

2. L'institution de la franchise permettra de répondre à des nouveaux besoins de santé prioritaires

a) La franchise contribuera aux investissements consacrés à la maladie d'Alzheimer, aux soins palliatifs et au cancer

Compte tenu de la situation financière de la sécurité sociale, la couverture de nouveaux besoins de santé nécessite de nouveaux financements, sauf à en reporter la charge sur les générations futures.

Le projet de loi propose en conséquence la création d'une franchise annuelle ayant vocation à contribuer au financement des trois grands chantiers prioritaires de santé publique identifiés par le Président de la République : le plan cancer, les soins palliatifs et la maladie d'Alzheimer (*article 35*). Comme le gouvernement l'a déjà annoncé, l'effort de solidarité demandé sera fixé par voie réglementaire à 50 centimes d'euros par boîte de médicament et par acte paramédical, et à 2 euros par transport sanitaire. Il s'agit là en effet de postes de dépenses dont la croissance est particulièrement dynamique.

Ainsi, la franchise permettra également d'accroître la responsabilisation des assurés dans la consommation des soins, ce souci ayant également présidé à l'institution de participations forfaitaires dans d'autres pays européens, en particulier en Allemagne (*cf.* l'étude comparée sur les modalités de participation financière en Europe, présenté en annexe 3 du présent rapport), comme le rapporteur a pu le constater lors d'un déplacement à Berlin, les 30 septembre et 1^{er} octobre dernier, avec le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

Cette volonté de responsabilisation est aussi l'une des raisons pour lesquelles le gouvernement n'a pas jugé souhaitable d'ouvrir aux contrats qui proposeraient la prise en charge de la franchise l'ensemble des avantages fiscaux qui soutiennent le développement de l'assurance complémentaire santé, dans le cadre des contrats dits « responsables ».

Afin d'assurer toute la transparence nécessaire, la commission a par ailleurs adopté un amendement du rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail prévoyant qu'un rapport soit présenté chaque année au

Parlement afin de préciser les conditions d'utilisation du montant de la franchise, correspondant à une moindre dépense pour les régimes d'assurance maladie.

b) La situation des assurés les plus fragiles sera prise en compte

Le projet de loi comporte également plusieurs dispositions visant à préserver la situation des personnes les plus démunies ou malades. Ainsi :

– Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, de l'assurance maternité ainsi que les enfants mineurs seront exonérés, soit 15 millions de nos concitoyens.

– Le montant de la franchise ne pourra excéder un plafond global de 50 euros par an, pour protéger les plus malades.

– Il est prévu également un plafonnement journalier lorsque plusieurs actes sont réalisés au cours d'une même journée.

Au-delà de la question de la franchise, il apparaît nécessaire dans le cadre de la concertation à venir sur le financement de la santé, d'engager une réflexion approfondie sur la question du reste à charge des assurés, c'est-à-dire sur les conditions de leur participation financière des assurés aux dépenses de santé, et en particulier sur l'opportunité d'envisager la création d'un « bouclier sanitaire », dans le prolongement de l'excellent rapport de MM. Bertrand Fragonard et Raoul Briet de septembre dernier.

3. Favoriser l'égal accès de tous aux soins

a) Renforcer l'information des assurés sur les dépassements d'honoraires

L'ensemble des médecins qui pratiquent des dépassements sont tenus de respecter la règle du « tact et de la mesure » posée par l'article 53 du code de déontologie. Il n'est par ailleurs pas inutile de rappeler que l'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale précise par ailleurs que « *les médecins sont tenus dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* ».

Les professionnels de santé sont également tenus d'afficher leurs tarifs dans leur salle d'attente et d'informer le patient, avant l'exécution d'un acte, sur son coût et sur les conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Toutefois, dans la pratique, cette obligation n'est qu'imparfaitement respectée. Ainsi, une enquête réalisée par la Direction générale de la concurrence et de la répression des fraudes (DGCCRF) à la fin de l'année 2005 a montré que moins de la moitié des médecins affichaient leurs honoraires dans leur salle d'attente, cette proportion étant en diminution par rapport à 2000.

C'est pourquoi le projet de loi vise à renforcer l'information des assurés, en prévoyant qu'un devis écrit soit présenté préalablement à la réalisation d'un acte dépassant un montant fixé par arrêté.

À l'initiative du rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, M. Yves Bur, la commission a adopté un amendement visant à renforcer l'obligation d'affichage des tarifs par les professionnels et ayant pour effet d'étendre cette obligation d'information aux actes effectués dès lors que les honoraires du professionnel dépassent le tarif opposable. La commission a également adopté un amendement du même auteur prévoyant que les partenaires conventionnels définissent les modalités selon lesquelles les médecins spécialistes autorisés à pratiquer des honoraires différents s'engagent à pratiquer une proportion minimale d'actes sans dépassements d'honoraires.

Le rapporteur souligne cependant la nécessité de relancer les négociations conventionnelles en vue de la création d'un secteur optionnel.

b) Garantir une répartition plus équilibrée des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire

Si la France se situe parmi les pays de l'OCDE où la densité médicale est la plus élevée, la répartition géographique des médecins se caractérise par l'existence d'importantes inégalités territoriales, qui posent un problème préoccupant en termes d'accès aux soins, et pas uniquement en zone rurale.

En effet, alors que la densité départementale de médecins spécialistes libéraux était en moyenne de 86,2 médecins pour 100 000 habitants, il existe des disparités territoriales fortes allant de 29 pour la Haute-Loire et la Lozère jusqu'à 272 à Paris. C'est également le cas pour d'autres professions de santé, en particulier les infirmiers, où l'écart de densité entre les départements varie de 1 à 7, contre par exemple 1 à 4 pour les kinésithérapeutes. Au total, 4 millions de Français auraient ainsi des difficultés pour accéder à un médecin généraliste et cela à court terme. Or deux facteurs sont susceptibles à court terme de renforcer les inégalités territoriales et de pénaliser l'accès aux soins et la permanence des soins : l'accélération des départs en retraite liée à l'arrivée à la retraite des générations de l'après-guerre et l'accroissement des besoins de soins, notamment du fait de l'allongement de la durée de vie et des progrès techniques.

Afin d'y remédier, un certain nombre de dispositifs incitatifs d'aides à l'installation ont été mis en place au cours des dernières années, dans le cadre notamment du plan sur la démographie engagé par M. Xavier Bertrand, dont certains sans doute trop récemment pour avoir pu produire encore leurs pleins effets. Ainsi, l'avenant n° 20 à la convention médicale, entré en vigueur en mars 2007, propose une majoration de 20 % des actes des médecins exerçant dans les zones déficitaires en offre de soins, identifiées par les missions régionales de santé, et qui exercent en cabinet en groupe.

Les aides à l'installation prévues pour les médecins libéraux

« 1. Quels sont les secteurs concernés ? Les zones de revitalisation rurale, dont la liste est fixée chaque année par arrêté, les zones franches urbaines (ZFU) mises en place par la loi du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du « Pacte de relance pour la ville », les zones déficitaires en offre de soins, qui sont définies par les missions régionales de santé.

2. En quoi consistent ces aides financières ?

A. Les aides fiscales : la loi relative au développement des territoires ruraux du 23 février 2005 accorde des exonérations fiscales aux praticiens sous certaines conditions.

– Exonération de l'impôt sur le revenu (article 7) : Les professions libérales qui se sont installées dans une ZRR après le 1^{er} janvier 2004 bénéficient d'une exonération totale de l'impôt sur les revenus pendant cinq ans ; puis l'exonération devient dégressive durant neuf ans.

– Exonération de l'impôt sur le revenu au titre de la permanence des soins (article 109) : Les médecins ou leur(s) remplaçant(s) exerçant dans une zone déficitaire en offre de soins sont exonérés de l'impôt sur le revenu pour les rémunérations perçues au titre de la permanence des soins, dans la limite de 60 jours par an.

– Exonération de la taxe professionnelle (article 114) : Les praticiens qui s'installent ou se regroupent dans une commune de moins de 2 000 habitants ou dans une ZRR sont exonérés de la taxe professionnelle à compter de l'année qui suit l'installation, pendant deux à cinq ans, selon la délibération de la collectivité territoriale concernée.

– L'article 108 de cette loi permet aussi aux collectivités locales de verser divers types d'aides aux professionnels de santé pour favoriser leur maintien ou leur installation dans les zones déficitaires en offre de soins (prime à l'installation, prime d'exercice forfaitaire, mise à disposition d'un logement...).

B. L'aide à l'exercice en groupe : le médecin généraliste qui adhère à l'option conventionnelle, définie par l'arrêté du 23 mars 2007 approuvant l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins libéraux, dans une zone déficitaire en offre de soins, perçoit une aide forfaitaire annuelle représentant 20 % de son activité (C + V) dans cette zone. Le versement de ces aides est soumis à plusieurs conditions, dont l'exercice en groupe (SEL, SCP, contrat de collaboration libérale, avec l'exercice dans les mêmes locaux), pendant au moins trois ans ; le généraliste doit aussi réaliser les deux tiers de son activité dans ce secteur et respecter une série d'engagements allant dans le sens de la permanence des soins. Cette aide s'accompagne aussi d'un soutien administratif : accompagnement personnalisé par un correspondant de la CPAM, étude de marché, aide au choix du lieu d'installation, etc.

C. Les aides au remplacement

– Le médecin qui signe un contrat de bonnes pratiques relatif aux spécificités de l'exercice de la médecine générale en milieu rural peut bénéficier d'une aide de 300 euros par jour de remplacement, dans la limite de 10 jours. Son cabinet doit être éloigné de plus de 20 minutes d'un service d'urgence et se situer dans un canton faiblement médicalisé.

– Le médecin signataire d'un contrat de bonnes pratiques en zones franches urbaines bénéficie notamment d'une aide de 300 euros par jour de remplacement dans la limite de 18 jours par an. »

Source : bulletin de l'ordre des médecins, septembre 2007

C'est pourquoi le projet de loi vise à inviter les partenaires conventionnels mais aussi l'ensemble des acteurs concernés, à définir de nouveaux dispositifs

visant à promouvoir une répartition plus équilibrée des médecins sur l'ensemble du territoire (*articles 32 et 33*). À cette fin, les missions régionales de santé seront chargées de déterminer des zones de recours aux soins ambulatoires, à partir de critères objectifs – démographiques, géographiques, liés à l'activité économique ou à l'existence d'infrastructures de transports – et après consultation des syndicats représentatifs des professionnels de santé concernés.

Alors que des inquiétudes se sont exprimées sur ces dispositions, le rapporteur souhaite tout d'abord souligner l'attachement profond qui est le sien, mais aussi celui de gouvernement, au principe fondamental de la liberté d'installation.

De plus, l'ouverture de négociations entre les partenaires conventionnels ne pourra avoir lieu qu'après la tenue des États généraux de l'offre de soins, qui seront organisés au début de l'année prochaine afin d'aborder, avec tous les acteurs concernés par le sujet, l'ensemble des questions relatives aux conditions d'exercice et d'installation, à la formation et à l'aménagement du territoire. Il apparaît en effet nécessaire de prendre en compte les aspirations légitimes des jeunes médecins qui s'installent à une pratique renouvelée et à une meilleure qualité de vie. Dans ce sens, le projet de loi prévoit d'ailleurs plusieurs dispositions visant à expérimenter de nouveaux modes d'exercice et de rémunération.

Par ailleurs, comme s'y est engagé le Président de la République, lors de son déplacement au centre hospitalo-universitaire (CHU) de Bordeaux, le 16 octobre dernier, il n'y aura pas de déconventionnement, ni de conventionnement sélectif pour les personnes actuellement en internat, afin de ne pas changer les règles du jeu au cours de la formation initiale.

Enfin, l'adoption par la commission d'un amendement du rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail et du rapporteur pour les recettes et l'équilibre général a permis de poser clairement le principe selon lequel les représentants des internes et des étudiants en médecine seront étroitement associés aux négociations portant sur le volet relatif à la démographie de la convention médicale.

Ces dispositions permettent ainsi de donner une base législative à l'organisation des États généraux de la démographie, c'est-à-dire d'une très large concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, en particulier les chefs de clinique, les étudiants en médecine et les internes, et de prévoir leur consultation avant l'ouverture des négociations conventionnelles, dans la volonté de répondre aux préoccupations exprimées par leurs représentants.

III.- L'HÔPITAL ET LES CLINIQUES PRIVÉES : LE RENFORCEMENT DES MÉCANISMES DE RÉGULATION STRUCTURELLE

Depuis la loi fondatrice n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 mettant en place la tarification à l'activité (T2A), l'hôpital public et les cliniques privées sont engagés dans un vaste mouvement de réformes dont beaucoup ont déjà porté leurs fruits.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 s'inscrit dans la continuité des mesures déjà mises en place pour moderniser le secteur hospitalier, qu'il s'agisse de la relance des investissements hospitaliers, de la gouvernance de l'hôpital ou de la simplification des nouvelles règles de planification, et s'inspire utilement des retours d'expérience des réformes déjà engagées, notamment en matière de tarification à l'activité.

Ce projet engage plus profondément les réformes structurelles de grande ampleur dont le secteur hospitalier a besoin.

A. LES DÉPENSES HOSPITALIÈRES REPRÉSENTENT ENVIRON LA MOITIÉ DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

La part relative des dépenses hospitalières dans l'ensemble des dépenses remboursées par les régimes de l'assurance maladie reste importante et constitue environ la moitié de ces dépenses.

1. Les dépenses hospitalières pèsent moins dans la dynamique des dépenses de l'assurance maladie

Les dépenses hospitalières font l'objet de deux sous-objectifs au sein de l'ONDAM.

Le premier sous-objectif, qui concerne les « *dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité* », comprend, d'une part, l'ODMCO (Objectif de dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique – MCO), c'est-à-dire les dépenses relatives aux activités MCO de l'ensemble des établissements de santé, publics ou privés (à l'exception des hôpitaux locaux) et, d'autre part, la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Le deuxième sous-objectif vise les « *autres dépenses relatives aux établissements de santé* » et concerne les dépenses d'assurance maladie afférentes aux activités de soins de suite de réadaptation et de psychiatrie, les unités de soins de longue durée (USLD), les hôpitaux locaux et quelques établissements spécifiques (service de santé des armées ; Institut national des Invalides ; établissements de Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon ; établissements dispensant des soins aux détenus) ainsi que la dotation de l'assurance maladie au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Le terme d'ONDAM hospitalier correspond à l'ensemble que constituent ces deux sous-objectifs.

Comme le note le rapport de septembre 2007 de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS), le constat est « *globalement satisfaisant pour 2006 : l'ONDAM hospitalier a été respecté* ».

Alors qu'en 2006, un dispositif de régulation de type prix-volume avait été mis en œuvre au mois de mars au vu de la prévision d'augmentation des dépenses (baisse homothétique des tarifs de 1 % dans les deux secteurs) et que les tarifs des cliniques privées avaient été de même baissés de 2,6 % en moyenne du 1^{er} octobre au 31 décembre 2006 au regard d'un risque de dépassement, on constate, en 2007, que le poids des dépenses hospitalières dans la dynamique des dépenses maladie est en diminution.

Si une accélération des dépenses de soins de ville a été enregistrée en 2007, le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2007 indique clairement qu'« *aucun dépassement n'est en revanche prévu à ce stade pour les versements de l'assurance maladie aux établissements de santé qui représentent l'autre grande composante des dépenses. La révision à la baisse des réalisations de 2006 pour les cliniques privées et l'évolution de l'activité sur les premiers mois de l'année donnent à penser que l'objectif fixé à 65,6 milliards d'euros (soit une augmentation de 3,6 %) pourrait être respecté* ».

Les mesures relatives au secteur de l'hôpital prises en juillet 2007 dans le cadre du plan gouvernemental de redressement de l'assurance maladie après l'avis du comité d'alerte du mois de juin ont ainsi été limitées à l'incitation des hôpitaux à recourir davantage à la chirurgie ambulatoire pour une économie escomptée de 150 millions d'euros en année pleine.

En 2007, les dépenses d'assurance maladie consacrées au secteur hospitalier devraient représenter 65,6 milliards d'euros, soit 44,4 % de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

2. Le contexte financier des établissements de santé est variable et de plus en plus difficile à appréhender

La situation financière de l'hôpital public et des cliniques privées recouvre des situations variées. Comme le note la Cour des comptes dans le RALFSS de septembre 2007, « *le constat de modération, fondé sur la seule observation des réalisations globales de 2006, doit toutefois être modulé, car il recouvre deux situations différentes* ». Les dépenses des établissements anciennement sous dotation globale sont inférieures de 187 millions d'euros à l'objectif, alors que celles des cliniques privées dépassent l'objectif de 168 millions d'euros.

a) La situation financière des cliniques privées à but lucratif continue de s'améliorer dans un contexte de progression des dépenses

Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de juillet 2007 indique qu'en 2005, le chiffre d'affaires des cliniques privées à but lucratif, dont les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sont entièrement soumises à la T2A depuis le 1^{er} mars 2005, a augmenté de 8,7 %.

Cette augmentation est due en partie à l'accroissement de l'activité mais aussi à une hausse des tarifs.

Le nombre d'entrées et venues réalisées par les cliniques privées à but lucratif représente en 2005 environ 30 % des entrées en hospitalisation complète et 25 % des venues en hospitalisation partielle.

D'après cette étude, « *la hausse du chiffre d'affaires et l'amélioration de la rentabilité économique des cliniques indiquent que la situation économique et financière continue de s'améliorer* », même si 18 % des cliniques restent encore déficitaires.

Par ailleurs, la Cour des comptes s'inquiète dans son rapport annuel sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale (RALFSS) de septembre 2007 que la très forte progression des dépenses constatée depuis l'introduction de la T2A (+ 4,9 % en moyenne annuelle en 2005 et 2006) « *constitue une accélération par rapport aux tendances antérieures et traduit une durable absence de maîtrise de ce secteur* ».

b) Les hôpitaux publics font face à une situation financière critique

Malgré une progression des dépenses mieux maîtrisée (+ 3,6 % en moyenne annuelle en 2005 et 2006), un nombre important d'hôpitaux public demeure dans un état financier délicat. Entendus par le rapporteur, les représentants de la Fédération des hôpitaux de France (FHF) ont précisé que le déficit de nombre des établissements publics reste important quoiqu'il soit en partie masqué par une ponction importante dans les ressources que constituent les dotations aux amortissements, pratique qui ne pourra évidemment pas être indéfiniment reconduite.

Le RALFSS pour 2006 mentionne d'autre part clairement que la régularité des comptes des hôpitaux publics reste contrariée par une contrainte budgétaire qui prohibait tout déficit.

La Cour des comptes note ainsi que les pratiques d'occultation des déficits ou des excédents, qui se sont multipliées, ont souvent privé de sens les résultats comptables affichés.

Les reports de charges sur l'exercice suivant, par une utilisation laxiste du compte de charges à payer relatives à un exercice antérieur, semblent des pratiques fréquentes. De la même façon, certaines dettes ne seraient pas constatées. Enfin, l'absence ou l'insuffisance des dotations aux amortissements et aux provisions, bien que contraire au principe comptable de prudence, serait une pratique répandue, notamment pour les provisions liées au compte épargne-temps (CET) mis en place à l'occasion du passage aux 35 heures.

Enfin, alors même que la réforme de la tarification des soins hospitaliers suppose une connaissance fine, par services et par activités, des coûts internes, les outils d'analyse et de ventilation de ces coûts restent le plus souvent embryonnaires ou insuffisamment fiables. La Cour note ainsi que « *la comptabilité analytique hospitalière reste à un faible niveau de développement dans un très grand nombre d'établissements en dépit de ses aspects stratégiques* ».

À cet égard, la mise en place en 2006 de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD), qui s'est substitué à l'ancien budget des hôpitaux, devrait assurer une plus grande sincérité des comptes. En effet, si l'EPRD constitue certes un acte de prévision et d'autorisation budgétaire, il présente la particularité de fonctionner, sauf exception (charges de personnels permanents médicaux et non médicaux par exemple) sur la base de crédits évaluatifs, en dépenses comme en recettes. Ce mode de fonctionnement est particulièrement adapté à l'une des caractéristiques de la réforme du financement des hôpitaux à l'activité (T2A), qui est d'introduire une incertitude sur la part des recettes basée sur l'évolution de l'activité.

B. LES RÉFORMES HOSPITALIÈRES SE POURSUIVENT : DE « HÔPITAL 2007 » À « HÔPITAL 2012 »

L'hôpital a entamé depuis quelques années un mouvement de profondes mutations qu'il convient à présent de poursuivre et d'approfondir.

1. Les établissements de santé se sont déjà modernisés sous l'effet du plan hôpital 2007

Depuis le lancement, en novembre 2002, du plan de modernisation « Hôpital 2007 », l'hôpital poursuit un profond mouvement de réformes dont beaucoup ont déjà porté leurs fruits.

a) La tarification à l'activité a réformé le financement des établissements de santé et connaît une montée en charge rapide

Introduisant une rupture fondamentale dans la logique du financement des établissements de santé, la T2A, introduite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, met en place un nouveau mode de financement des établissements de santé qui se substitue au financement par la dotation globale de

fonctionnement (DGF) pour les établissements publics ou participant au service public hospitalier (PSPH) et à la tarification à la journée ou à la prestation pour les cliniques privées.

La T2A a pour finalités et d'introduire plus d'équité dans l'allocation des ressources financières, d'unifier les modalités de cette allocation entre les secteurs publics et privés et de responsabiliser les acteurs.

Néanmoins, ce changement de mode de financement entraîne automatiquement des effets de transferts de ressources importants entre établissements. Pour le secteur anciennement sous dotation globale, ce changement de mode de financement, à activité constante, devrait conduire à transférer à la fin du processus environ 1,3 milliard d'euros entre les établissements pour lesquels la réforme est défavorable et ceux pour lesquels elle est favorable. Pour le secteur antérieurement sous objectif quantifié national (OQN), le montant du transfert correspondant devrait être de l'ordre de 143 millions d'euros.

Ces transferts ont conduit à organiser une période de convergence visant à lisser les effets de la réforme pour rapprocher progressivement les ressources des établissements de celles résultant de l'application des tarifs nationaux propres à chaque secteur.

Dès l'origine, la mise en œuvre de la T2A a donc été conçue comme progressive sur une période de huit ans s'échelonnant jusqu'en 2012, avec à la fois une convergence des tarifs à l'intérieur de chacun des secteurs, public et privé (convergence intrasectorielle) visant à amortir les effets revenu mentionnés ci-dessus, et une convergence des tarifs entre les deux secteurs (convergence intersectorielle), visant à ce qu'à terme et pour des raisons d'équité, une même activité soit rémunérée dans chacun des secteurs, public et privé, de façon uniforme sur la base d'une même référence tarifaire.

Cette montée en charge devait être rythmée par certaines étapes symboliques qui prévoyaient notamment que le 1^{er} mars 2005 le secteur privé basculerait intégralement dans le nouveau système de financement T2A et, qu'en 2008, le taux de la part facturée à l'activité dans le secteur public serait fixé au minimum à 50 % d'une part et que la convergence intersectorielle atteindrait 50 % d'autre part.

Au regard de ces objectifs, des avancées notables ont déjà été réalisées, notamment pour ce qui concerne la convergence intrasectorielle qui s'opère jusqu'à aujourd'hui par deux mécanismes différents selon le secteur considéré.

- *La convergence intrasectorielle des établissements privés s'effectue par le biais de coefficients de transition*

Les cliniques privées antérieurement sous objectif quantifié national (OQN) sont entrées dans la T2A à 100 % depuis le 1^{er} mars 2005.

Pour ces établissements, la convergence intrasectorielle s'appuie sur un mécanisme de coefficients correcteurs de transition qui majorent (pour les établissements dont les tarifs sont historiquement supérieurs à la moyenne) ou minorent (pour les établissements dont les tarifs sont historiquement inférieurs à la moyenne) le tarif national pour définir le tarif applicable à l'établissement.

Ce coefficient de transition, inférieur ou supérieur à 1, est propre à chaque établissement et permet d'étaler sur 7 ans l'écart de recettes calculé en appliquant à l'activité produite en 2002 les nouveaux tarifs. L'écart entre le coefficient de transition de chaque établissement et la valeur 1 doit être réduit progressivement et ramené à terme à zéro, de sorte que les tarifs nationaux soient applicables en 2012.

• *La convergence intrasectorielle des établissements publics substitue progressivement un financement à l'activité à une dotation complémentaire*

Les établissements publics de santé qui recevaient auparavant une dotation globale de fonctionnement (DGF) sont désormais soumis à la T2A et reçoivent depuis le 1^{er} janvier 2005 plusieurs sources de financement :

– une part de financement à l'activité, qui finance les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) via la valorisation de groupes homogènes de séjours (GHS) ;

– une dotation annuelle complémentaire (DAC) qui finance forfaitairement de façon transitoire une partie de l'activité MCO et dont le montant doit progressivement diminuer pour s'annuler en 2012 ;

– des forfaits annuels pour certaines activités MCO (urgences, prélèvements d'organes et transplantations de greffes de moelle osseuse par exemple) ;

– une dotation spécifique de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), qui finance les dépenses correspondant aux engagements des établissements de santé relatifs aux missions d'intérêt général.

Dans ce secteur, la convergence intrasectorielle mise en place dès le démarrage de la tarification à l'activité s'appuyait à l'origine sur un mécanisme de financement partiel par les tarifs (fraction tarifaire) complété par une dotation (dotation annuelle complémentaire). La fraction tarifaire a été fixée à 10 % en 2004, 25 % en 2005, 35 % en 2006 et 50 % en 2007, soit avec un an d'avance par rapport à l'obligation de 50 % en 2008 prévue par la loi.

Ce dispositif de montée en charge de la T2A pour les établissements du secteur public est modifié par le présent projet de loi dans les conditions décrites ci-dessous qui s'inspirent à la fois du passage à la tarification à 100 % dans le secteur privé et de deux dérogations à la montée en charge progressive de la T2A dans le secteur public (depuis 2006, l'hospitalisation à domicile – HAD – est en effet financée à 100% à l'activité tandis que le taux de 100 % est également appliqué à compter du 1^{er} janvier 2007 à certains GHS de chirurgie ambulatoire).

b) L'investissement hospitalier a été relancé

Afin d'enrayer la dégradation du patrimoine immobilier des établissements et d'accélérer leur processus d'informatisation, le plan « Hôpital 2007 -volet investissement », lancé en 2003, visait un objectif d'augmentation du niveau d'investissement hospitalier de plus de 30% sur 5 ans (période 2003-2007). Son champ d'application concernait l'ensemble des établissements de santé, publics et privés participant ou non au service public hospitalier.

En volume d'investissements sur cinq ans, l'objectif visé par le plan Hôpital 2007 était de 10 milliards d'euros d'investissements à réaliser par les établissements publics et privés avec un soutien financier de 6 milliards d'euros soit sous forme de subventions en capital versées par le FMESPP à hauteur de 1,5 milliard d'euros, soit sous forme d'aides en fonctionnement destinées à couvrir les charges générées par le recours à 4,5 milliards d'euros d'emprunts.

À l'issue de la revue des opérations faite au premier trimestre 2007, il apparaît que les dépenses d'investissements réalisées dans le cadre des opérations Hôpital 2007, pour les années 2003 à 2006 s'élèvent à 6,069 milliards d'euros, soit 60 % de l'objectif prévisionnel de réalisation fixé pour la période du plan et 85,06 % de l'objectif fixé pour les quatre premières années du plan (2003-2006). Pour la seule année 2006, le total des dépenses d'investissement des établissements publics de santé comprenant à la fois les investissements réalisés dans le cadre du plan Hôpital 2007 et ceux réalisés en dehors du plan Hôpital 2007, s'élève à 5,314 milliards d'euros, soit une augmentation de 89,92 % par rapport au niveau moyen annuel des investissements hospitaliers avant « Hôpital 2007 », qui se situait aux alentours de 2,8 milliards d'euros.

Il est envisagé que la réalisation soit de l'ordre de 80/85 % à la fin de l'année 2007 et l'ensemble des travaux financés par le plan devrait être achevé en 2009.

Dans le cadre du rapport au Parlement établi en octobre 2005 sur la mise en œuvre du plan Hôpital 2007, une enquête réalisée sur un échantillon de 166 opérations donne certaines indications sur l'amélioration qualitative apportée par le plan. Les moyens disponibles ont été optimisés par le regroupement des structures : dans les opérations majeures d'investissement, on constate un regroupement physique des sites géographiques jusque-là distincts. D'autre part, la mise aux normes de sécurité des établissements de santé a connu une progression certaine.

c) L'organisation interne de l'hôpital a été réformée

La « nouvelle gouvernance », autre mesure phare du plan Hôpital 2007, a renforcé sensiblement la direction administrative des établissements et les équipes médicales et a permis de rénover la gestion interne de l'hôpital en lui donnant plus de souplesse, de réactivité et d'efficacité.

La répartition interne des pouvoirs au sein des hôpitaux a été clarifiée. Le conseil d'administration est recentré sur ses missions de définition des orientations stratégiques, d'évaluation et de contrôle de leur mise en œuvre. Le directeur est confirmé dans ses responsabilités de gestionnaire de l'établissement et les praticiens sont mieux associés à la gestion et à la mise en œuvre des orientations fondamentales de l'établissement grâce à la création d'un conseil exécutif (instance composée à parité de médecins et de responsables administratifs et présidée par le directeur de l'hôpital), à l'institution de pôles d'activité (unités de taille suffisante pour être dotées d'autonomie et de responsabilité, qui doivent contribuer à la déconcentration de la gestion et s'engager dans une démarche de contractualisation interne) et à la révision des compétences des principales instances.

d) La planification hospitalière a été simplifiée

L'outil de planification sanitaire a été transformé par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 « *portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation* » afin de favoriser les complémentarités et les collaborations entre les établissements.

La carte sanitaire a été supprimée et le régime des autorisations en matière de création, suppression, transformation et reconversion d'activités a été simplifié.

e) La maîtrise médicalisée a été introduite à l'hôpital

Plusieurs mesures de maîtrise médicalisée à l'hôpital ont déjà été introduites avec l'objectif d'inscrire la maîtrise des dépenses de santé dans un effort collectif et équilibré entre l'hôpital et la médecine de ville. Elles s'appuient notamment sur le constat national que l'hôpital est devenu un grand producteur de soins externes. Les dépenses remboursées des prescriptions des médecins hospitaliers délivrées en ville s'élevaient ainsi à 9,1 milliards d'euros en 2006 (+ 23,6 % depuis 2003) ; près d'un médicament remboursé sur quatre (23 %) est prescrit par un médecin hospitalier ou en centres de santé tandis que deux tiers des dépenses de transports sanitaires sont liées à des prescriptions (+ 34 % entre 2001 et 2004).

• Les contrats de bon usage des médicaments coûteux

Dans le cadre de la tarification à l'activité, la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 a prévu que les médicaments et les dispositifs médicaux onéreux financés en sus des tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) ne continueraient à être remboursés à 100 % aux établissements de santé qu'à condition que ceux-ci respectent un contrat de bon usage.

Ces contrats de bon usage des médicaments et des produits et prestations, mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale sont destinés à limiter les prescriptions des médicaments et des dispositifs médicaux les plus coûteux et sont négociés entre les établissements de santé et les agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

- *Les accords-cadres de bonnes pratiques professionnelles*

Une disposition d'ordre général a complété la mesure concernant le dispositif de bonne conduite relatif aux médicaments et produits de santé facturés en sus d'un GHS. L'article 13 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie dispose en effet que des accords-cadres peuvent être conclus entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les fédérations nationales représentatives des établissements de santé en vue d'améliorer les pratiques hospitalières. Des accords peuvent également être conclus sur les mêmes sujets, à l'échelon local, par l'agence régionale de l'hospitalisation et un établissement de santé.

Un premier accord cadre d'amélioration des pratiques hospitalières a été signé le 23 janvier 2006 et vise à promouvoir le bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé, à améliorer la qualité de prescription et à préserver leur efficacité et se fonde sur le référentiel d'accréditation approuvé par la Haute autorité de santé. Il fixe un objectif national en volume de diminution de 10 % en trois ans de la consommation d'antibiotiques au sein des établissements de santé.

La diminution de consommation des antibiotiques devrait permettre de maîtriser les résistances bactériennes aux antibiotiques et de générer ainsi des économies pour l'assurance maladie autres que les seules économies mesurables liées à la baisse de consommation des antibiotiques prescrits en établissements et délivrés en ville (ces médicaments totalisent 8,4 % des dépenses de l'assurance maladie pour les prescriptions hospitalières délivrées en ville).

D'autres accords-cadres sont actuellement en cours d'élaboration sur les statines (médicaments destinés à réduire le taux de cholestérol), la prescription en dénomination commune internationale (DCI), l'utilisation des génériques et sur les antiagrégants plaquettaires.

Ces accords-cadres permettent à la fois l'amélioration des pratiques et la réalisation des économies d'échelle par l'assurance maladie. Il s'agit donc d'un mode de régulation alliant qualité et économie, qui favorise une véritable implication des praticiens dans la maîtrise des dépenses des établissements de santé et qui doit être encouragé à ce titre.

- *Le développement de la chirurgie ambulatoire*

Le plan d'action 2007 de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) « Elargir la maîtrise médicalisée à l'hôpital » comporte un volet destiné à favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire. On constate en effet en

France un recours traditionnellement important à l'hospitalisation complète aux dépens de la chirurgie ambulatoire, alors que celle-ci permet à la fois d'optimiser la gestion des dépenses publiques et l'efficacité des soins avec notamment une diminution des risques d'infections nosocomiales et opératoires, qui sont cinq fois moins importants en chirurgie ambulatoire qu'en hospitalisation complète.

Le plan gouvernemental de redressement de l'assurance maladie annoncé dans le cadre de la procédure d'alerte par le gouvernement le 4 juillet 2007 reprend d'ailleurs une proposition des caisses en prévoyant une incitation des hôpitaux à recourir davantage à la chirurgie ambulatoire par adaptation des tarifs, après concertation et dans le cadre de la campagne tarifaire 2008, pour inciter au recours à cette technique. Cette mesure devrait permettre des économies de 150 millions d'euros en année pleine.

- *L'identification individuelle des médecins hospitaliers*

Pendant longtemps, l'assurance maladie obligatoire ne disposait pas d'un répertoire des médecins hospitaliers lui permettant de suivre leurs prescriptions. Les caisses géraient bien un répertoire des établissements de santé (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux), mais il n'existait pas pour les médecins hospitaliers d'équivalent au numéro ADELI⁽¹⁾ et la CNAMTS identifiait ainsi des établissements et non des personnes.

Cette absence d'identification individuelle des médecins hospitaliers s'est révélée un frein à l'effectivité des dispositifs de coordination et d'optimisation des soins mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie pour parvenir à la maîtrise médicalisée des dépenses, qu'il s'agisse du médecin traitant, du dossier médical partagé (DMP), du renforcement des contrôles sur la délivrance des arrêts de travail et la rédaction des protocoles de soins destinés aux assurés souffrant d'une affection de longue durée ou des mécanismes de sanction des assurés, des employeurs, des médecins ou des établissements de santé en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale ayant abouti à une demande de remboursement ou de prise en charge indue.

C'est pourquoi la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a introduit dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 162-5-15 mettant en place un dispositif de traçabilité des prescriptions à l'intérieur de l'hôpital. À l'occasion des débats en commission mixte paritaire, M. Jean-Pierre Door avait souligné que « *le souci exprimé par cet article est logique : 20 % des dépenses de la médecine de ville sont prescrites à l'hôpital* ».

(1) ADELI signifie Automatisation DES Listes. C'est un système d'information national sur les professionnels de santé. Il contient des informations (état civil – situation professionnelle – activités exercées) quel que soit leur mode d'exercice. Un numéro ADELI est attribué à tous les praticiens salariés ou libéraux et leur sert de numéro de référence puisqu'il identifie chaque professionnel sur sa carte de professionnel de santé (CPS).

L'intérêt de cette mesure simple, susceptible de favoriser la diffusion de la maîtrise médicalisée des dépenses devant, dans un souci d'équité, s'appliquer à l'hôpital comme à la médecine de ville, reste entier. Le rapporteur réaffirme son attachement à sa mise en œuvre rapide sur le terrain, notamment par le déploiement de logiciels adaptés.

2. Les établissements de santé restent confrontés à certaines difficultés

Les profondes mutations du secteur hospitalier laissent subsister un certain nombre de difficultés qui justifient la poursuite de réformes structurantes.

a) Les modalités des convergences intra et intersectorielles ne sont pas totalement satisfaisantes

Des interrogations, notamment de la Cour des comptes, ont été exprimées sur la faisabilité du calendrier retenu (convergence intrasectorielle) et sur la possibilité d'appréhender la réalité (convergence intersectorielle).

• La convergence intrasectorielle du secteur public est peu lisible

L'enquête de la Cour des comptes sur la mise en œuvre de la réforme du financement des établissements de santé publics et privés réalisée en mai 2006 pour la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECCS) met clairement en évidence que « *la lisibilité du mécanisme de progressivité appliquée au secteur public est insuffisante puisque la « fraction » [c'est-à-dire la dotation annuelle complémentaire –DAC-, part historique dans les recettes liées à l'activité MCO des établissements destinée à décroître et à disparaître en 2012] ne permet pas d'appréhender réellement le basculement des établissements dans le système tarifaire* ».

En effet, comme le souligne le rapport d'information n° 3265 « *Réussir la T2A* » (juillet 2006) présenté par M. Jean-Marie Rolland au nom de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, « *compte tenu des MIGAC, des forfaits et dotations spécifiques, la substitution porte sur environ 80 % du budget des établissements. C'est à cette fraction que sont appliqués les taux de T2A et de dotation annuelle complémentaire (DAC). Ainsi en 2005, alors que la fraction tarifée en T2A était de 25 %, les recettes facturées sur la base des tarifs des GHS représentaient, en moyenne, seulement près de 20 % des financements de l'établissement (80 % x 25 %), la DAC représentant les 60 % restants. On le voit, la différence de processus de basculement dans la T2A pour les deux secteurs (basculement intégral la première année pour le privé et progressif sur huit ans pour le public) tend à favoriser le développement des nouvelles activités dans le privé. L'évolution du volume d'activité pour les établissements de ce secteur est en effet totalement prise en compte, alors que celle-ci est limitée à la fraction facturée en T2A pour les établissements du secteur public* ».

De son côté, le rapport de septembre 2006 de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale souligne que le mécanisme de convergence fixé par le A du paragraphe V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, mécanisme que le présent projet de loi entend réviser, est « *peu compréhensible* ».

• *La réussite de la convergence intersectorielle se heurte à des difficultés méthodologiques*

Le principe de la convergence des tarifs public-privé a été prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 qui prévoit que les tarifs nationaux des deux secteurs doivent converger durant la période 2005-2012, la convergence devant être réalisée à 50 % en 2008 et « *achevée, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012* ».

Toutefois, comme le souligne le rapport d'information précité de M. Jean-Marie Rolland, « *la convergence public-privé est un sujet sensible qui soulève de nombreuses questions encore non résolues aujourd'hui* » du fait notamment que le législateur « *n'a pas fixé toutes les modalités de réalisation de l'objectif* ». Le processus de convergence intersectorielle bute ainsi sur « *l'insuffisance de connaissances des écarts de coûts entre les deux secteurs et sur l'insuffisante précision de l'objectif de la convergence* ».

Le rapport de janvier 2006 de la mission d'appui sur la convergence tarifaire public-privé (IGAS) souligne explicitement que « *le texte législatif ne précise pas les modalités de la convergence. (...) Il ouvre par ailleurs la possibilité d'écarts de tarifs liés à la « différence dans la nature des charges » sans que la nature de ces « différences » ne soit précisée. Il n'indique pas enfin le sens de la convergence : vers le plus efficient, vers le moins efficient ou vers une cible intermédiaire* ».

Le rapport de septembre 2006 de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale partage la même analyse lorsqu'il regrette que « *la mise en œuvre de la convergence intersectorielle, enfermée dans un calendrier très contraint, n'est cependant pas définie dans ses principes essentiels : amplitude de l'écart à réduire, définition du périmètre des tarifs à faire converger, sens de la convergence (vers les tarifs les plus bas, moyens ou les plus hauts)* ».

À plusieurs reprises, la Cour des comptes a ainsi souligné « *les difficultés méthodologiques de la convergence et l'actuelle carence d'informations objectives sur les disparités des deux secteurs* ». Cette carence est d'autant plus problématique que la convergence intersectorielle doit s'appuyer sur une transparence totale des différentiels de coûts entre secteurs.

b) Les conséquences de l'instauration des 35 heures doivent être aménagées

L'instauration des 35 heures s'est traduite dans les hôpitaux par une multiplication des heures supplémentaires. Ces heures supplémentaires, stockées dans les comptes épargne temps (CET), représenteraient un million de jours pour les médecins et 1,25 million pour le reste du personnel soignant à l'hôpital, soit 550 millions d'euros, et peut-être bien plus encore selon certains observateurs, qui n'hésitent pas à qualifier ce dispositif de véritable bombe à retardement.

En visite au centre hospitalier de Dunkerque dans le Nord, le Président de la République, M. Nicolas Sarkozy s'est engagé à assurer leur paiement selon des modalités qui restent à définir.

3. Le choix de la poursuite de la réforme hospitalière a clairement été fait

Les succès déjà enregistrés, comme les difficultés qui demeurent, justifient plus que jamais la poursuite de réformes structurelles.

a) Une concertation sur les missions de l'hôpital va être lancée

Le 22 mai 2007, lors de son déplacement au centre hospitalier de Dunkerque, le Président de la République a annoncé le lancement d'une vaste concertation sur les missions de l'hôpital public.

La présidence de la mission chargée d'organiser cette concertation a été confiée à M. Gérard Larcher, ancien ministre et ancien président de la Fédération hospitalière de France. Elle sera composée, outre M. Larcher, de personnalités qualifiées issues notamment du monde hospitalier, des autres domaines de l'offre de soins, du secteur médico-social et des systèmes de financement.

b) Un nouveau plan « Hôpital 2012 » va être mis en œuvre

Annoncée par le précédent ministre de la santé et des solidarités, la prolongation du volet investissement du plan « Hôpital 2007 » par le plan « Hôpital 2012 » a été reprise comme objectif prioritaire par Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Ce plan, qui doit permettre de maintenir sur les cinq années à venir le haut niveau d'investissements qu'avait permis d'atteindre, sur la période 2003/2007, le plan Hôpital 2007, a pour objectif d'améliorer l'efficacité de l'offre hospitalière et de poursuivre la modernisation technique des établissements de santé.

Il s'agit en premier lieu d'accompagner la recomposition hospitalière et de mettre en œuvre les schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération (SROS III), au regard notamment de l'objectif d'égalité d'accès aux soins au sein du territoire de santé et de la finalisation du plan de modernisation des sites d'accueil des urgences et des SAMU.

Le plan « Hôpital 2012 » a en second lieu pour objet d'accélérer la mise en œuvre des systèmes d'information hospitaliers, orientés sur l'informatisation des processus de soins, et privilégiant les échanges d'informations tant internes qu'externes aux établissements ».

Enfin, il est destiné à financer dans le cadre d'une enveloppe nationale, les travaux de mise aux normes de sécurité dont le coût dépasse la capacité normale de financement des établissements de santé, qu'il s'agisse par exemple de mises aux normes antisismiques ou de certaines opérations majeures de désamiantage.

L'objectif de 10 milliards d'euros d'investissements fixé par ce plan, et qui, comme pour le plan « Hôpital 2007 » s'entend comme un effort supplémentaire s'ajoutant aux investissements qui auraient été réalisés sans nouveau plan, fait l'objet, pour un montant de 5 milliards d'euros d'investissements, d'un soutien spécifique de l'assurance maladie.

Le soutien financier prévu dans le cadre de ce plan repose à la fois sur des aides en capital du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) attribuées sous forme de subventions ou d'avances remboursables et sur des aides en fonctionnement attribuées sous forme de dotations de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ou de dotation annuelle forfaitaire (DAF), permettant de compenser des surcoûts liés au recours à l'emprunt pour le financement des investissements, ou à l'utilisation de montages juridiques tels que le bail emphytéotique hospitalier (BEH), le partenariat public privé (PPP), ou le contrat de services partagés pour les systèmes d'information.

Par ailleurs des prêts à taux préférentiels seront accordés par la Caisse des dépôts et Consignations.

C'est la direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS) qui assurera la conduite globale du plan, assistée par la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) qui préparera et coordonnera techniquement ces travaux en lien, pour les aspects organisationnels, avec la Mission d'expertise et d'audits hospitaliers (MEAH).

La circulaire N° DHOS : F2/2007/248 du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan Hôpital 2012 attire l'attention des directeurs des agences régionales de l'hospitalisation chargés de la mise en œuvre de ce plan sur « *l'effet levier que doit produire ce plan d'investissement pour accompagner la modernisation des établissements de santé* ». Ces responsables sont ainsi chargés, en particulier, de veiller « *à privilégier les projets qui impliquent des restructurations et concernent, par conséquent, plusieurs établissements* ».

Le choix délibéré de la poursuite des réformes hospitalières s'illustre particulièrement dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

C. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2008 ENGAGE DES RÉFORMES STRUCTURANTES POUR L'HOPITAL

Le projet de loi vise à poursuivre la modernisation de l'organisation des soins hospitaliers, à restructurer l'offre hospitalière et à mieux réguler les dépenses à l'hôpital.

1. La crédibilité de la tarification à l'activité est restaurée

Comme le soulignait en juillet 2005 le rapport d'enquête de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale des finances (IGF) sur le pilotage des dépenses hospitalières, « *la T2A suscite une attente forte. Toutefois, sa crédibilité et sa légitimité paraissent aujourd'hui entamées, du fait notamment de la complexité des règles et de leur manque de lisibilité et de transparence. L'un des enjeux est donc de restaurer la confiance, en renforçant la fiabilité, la stabilité et la transparence de la T2A et en définissant précisément un schéma cible et un calendrier crédibles* ».

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 vise clairement à affermir la crédibilité de la réforme et à remédier à la complexité des règles et à leur manque de lisibilité.

a) Le processus de convergence intersectorielle s'appuiera désormais sur un constat partagé des écarts de coûts

La poursuite du processus de convergence intersectorielle ne peut être menée à bien que dans le cadre d'un constat objectif et partagé des écarts entre les deux secteurs avec une méthodologie acceptée par tous. La fixation a priori d'un objectif chiffré n'a de sens que dans un contexte de transparence des différentiels de coûts qui n'existe pas aujourd'hui.

Le rapport de janvier 2006 de la mission d'appui sur la convergence tarifaire public-privé (IGAS) indiquait déjà ainsi explicitement que « *quant à l'objectif d'une convergence de 50 % en 2008, il est proprement inaccessible car, dans la meilleure des hypothèses, il sera possible seulement en 2008 de connaître l'ampleur de l'écart, objet de la convergence. Pour l'instant, la question « 50 % de quoi ? » n'a pas de réponse* ». Le constat n'a pas évolué sensiblement depuis, d'autant plus que l'ampleur de l'écart n'est toujours pas déterminée de façon incontestée.

C'est pourquoi, prenant acte de cette situation de fait, le 5° du paragraphe I de l'article 42 du présent projet de loi supprime la dernière phrase du VII de l'article 33 de la loi de financement pour 2004 qui prévoit que la convergence doit être achevée en 2008, pour la remplacer par une disposition prévoyant la transmission au Parlement avant le 15 octobre 2008 d'un bilan des travaux sur la mesure des écarts qui existent entre les tarifs du public et ceux du privé.

Des travaux engagés en 2006 se poursuivent en effet pour mettre en place une étude de coût à méthodologie commune sur les deux secteurs et pour avancer sur un certain nombre d'études complémentaires visant à éclairer les différences d'activités, de structure de population ou de dépenses. Par ailleurs, une étude portant sur le différentiel de coût du travail a été menée en 2007 entre le secteur public et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). Sur un modèle analogue, une comparaison secteur public/secteur privé libéral devrait être menée en 2008. Enfin, des études complémentaires visant à éclairer les différences d'activités (caractère programmé des activités) ou de dépenses (prise en charge de la précarité) se poursuivent.

Les orientations de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 rejoignent ainsi les préconisations de la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2006 sur le pilotage de la politique hospitalière, qui préconisait que « *les principes de la convergence intersectorielle (...) devraient (...) être rapidement explicités* ».

b) Les hôpitaux publics seront désormais financés intégralement par la tarification à l'activité comme les cliniques privés

Le choix d'un financement de 100 % de l'activité par les tarifs (hors MIGAC) a été fait pour les hôpitaux. Il s'agit par ce moyen de poursuivre et de simplifier les modalités de financement des établissements de santé des deux secteurs en favorisant les éléments les plus dynamiques et en incitant les moins efficaces à se réformer.

• *La demande d'une montée en charge plus rapide de la T2A dans le secteur public fait l'objet d'un assez large consensus*

Le rapport d'information précité de M. Jean-Marie Rolland relève ainsi qu'« *aucune des personnalités auditionnées par la MECCS n'a demandé que la montée en charge de la T2A dans le secteur public soit interrompue ou ralentie. Au contraire, de nombreux responsables d'établissements ont demandé une accélération du rythme de montée en charge de la T2A et une augmentation plus rapide de la fraction tarifée* ».

Les auditions réalisées par le rapporteur ont permis de confirmer cette analyse. La Fédération des hôpitaux de France (FHF) s'est notamment montrée favorable, sous réserve de mesures d'accompagnement idoines, à un financement intégral par la T2A.

• *Cette montée en charge de la T2A dans le secteur public présente des avantages indéniables*

En premier lieu, la tarification à l'activité à 100 % permettra aux établissements les plus dynamiques de poursuivre la recherche de gains d'efficacité en bénéficiant de ressources nouvelles. Elle favorisera ainsi le développement de nouvelles activités et induira une plus grande réactivité de l'hôpital public.

Ces effets bénéfiques attendus ont d'ailleurs déjà été expérimentés concrètement dans certains secteurs. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2006, la tarification à l'activité s'applique à 100 % à l'hospitalisation à domicile. Le choix de facturer dans leur intégralité sur la base des tarifs nationaux les prestations réalisées en hospitalisation à domicile s'expliquait déjà par la volonté de développer cette alternative à l'hospitalisation en établissement.

Avec la tarification à l'activité à 100 %, l'hôpital public va obtenir les moyens de s'adapter plus rapidement à l'évolution de son activité face au développement du secteur privé lucratif qui a déjà la possibilité d'être plus réactif.

La tarification à l'activité à 100 % constituera en second lieu une incitation forte à accélérer la restructuration de l'offre de soins nationale et régionale.

En effet, par leur mode de construction, les tarifs ne sont pas adaptés au financement des activités des établissements qui n'ont pas une taille critique suffisante, c'est-à-dire dont le volume d'activité n'est pas comparable au volume d'activité moyen des établissements de l'échantillon participant à la constitution de l'échelle nationale des coûts.

Porter la T2A à 100 % dans le secteur public devient ainsi l'occasion propice de redéployer des moyens et d'améliorer qualitativement le système de soins. Il s'agit d'introduire un levier puissant de restructuration du secteur hospitalier, réorganisation qui est en outre favorisée par une autre mesure du PLFSS pour 2008 qui consiste à favoriser la mise en commun des moyens au sein des Groupements de coopération sanitaire (GCS).

2. Les restructurations sont davantage favorisées par la mise en commun des moyens au sein des groupements de coopération sanitaire (GCS)

La restructuration hospitalière, trop lente, n'a pas encore atteint ses objectifs. Cela nuit au fonctionnement de beaucoup d'hôpitaux dont les moyens sont insuffisants par rapport à leur activité et aux besoins en soins hospitaliers de la zone considérée.

Pourtant, les établissements de santé ont besoin de quelques restructurations utiles qui sont à la fois vertueuses en terme d'efficience économique et bénéfiques aux patients qui pourront ainsi bénéficier de soins de meilleure qualité.

En visite le 5 mai 2007 dans des établissements de santé messins, Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a ainsi mis en avant la nécessité des restructurations et des recompositions hospitalières en déclarant notamment que « *certaines pratiques, comme la chirurgie ou plus généralement les activités interventionnelles, ont fortement évolué. Elles requièrent un matériel coûteux et des équipes pluridisciplinaires ; elles doivent*

être regroupées pour en garantir l'excellence et la sécurité. D'autres activités, comme la médecine, les soins de suite, la gériatrie, les soins non programmés... doivent au contraire être assurés au plus près de nos concitoyens dans un souci constant de proximité ».

La réorganisation hospitalière doit ainsi conduire, s'il le faut, à fermer, à regrouper ou à transformer certains hôpitaux dont l'activité très réduite ne garantit pas toujours la sécurité des soins et entraîne d'onéreux sous-emplois.

Dans cet objectif de mieux coordonner l'efficacité de l'offre de soins et de développer les modes de coopérations entre les établissements de santé, l'article 44 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 renforce la possibilité donnée aux directeurs des agences régionales de structurer, le cas échéant de manière contraignante, la coopération au niveau d'un territoire de santé en créant des groupements de coopération sanitaire (GCS) de territoires qui pourront désormais être érigés en établissements de santé et dotés de compétences obligatoires.

La qualité des soins et la sécurité des patients ne pourront qu'en sortir renforcées.

3. La maîtrise médicalisée à l'hôpital est étendue

Les mesures de maîtrise médicalisée à l'hôpital améliorent la qualité et l'efficacité du système de soins, consolident les pratiques professionnelles et assurent un meilleur accès aux soins. Elles doivent donc être encouragées.

Le rapporteur appelle l'attention sur le fait que ces mesures sont d'autant plus nécessaires dans une optique de maîtrise des dépenses de santé qu'il convient de ne pas oublier que l'hôpital est un terrain privilégié d'action puisqu'il est le lieu de formation d'un grand nombre de médecins.

À cet effet, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 présente des avancées significatives qui visent à réguler deux secteurs en forte expansion : celui des dispositifs médicaux et celui des transports sanitaires.

a) Le secteur des dispositifs médicaux sera mieux connu

Le secteur des dispositifs médicaux est un secteur qui connaît depuis plusieurs années une forte croissance (+ 6 % en 2006) mais pour lequel les dispositifs de régulation des dépenses sont encore assez lacunaires, du fait notamment de la méconnaissance des entreprises qui commercialisent ces produits remboursés par l'assurance maladie.

L'article 38 du projet de loi étend le périmètre de l'obligation de déclaration par les fabricants et distributeurs de leurs dispositifs médicaux auprès de l'AFSSAPS et modifie ses modalités en l'assortissant désormais d'une sanction financière en cas de non-déclaration.

Ce nouveau dispositif plus contraignant pour les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux devrait conduire à une meilleure connaissance du marché de ces produits. Il devrait faciliter à la Haute autorité de santé (HAS) la tâche de révision des lignes génériques en radiant de la liste les produits dont le service rendu est insuffisant et qui sont donc à l'origine de dépenses inutiles. Enfin, il devrait également permettre au comité économique des produits de santé d'effectuer le cas échéant des baisses tarifaires, ce qui permettra à terme à l'assurance maladie de réaliser des économies.

b) Des expérimentations d'optimisation des dépenses de transport sanitaire vont être menées

L'article 43 du présent projet de loi prévoit d'autoriser, à titre expérimental et à compter du 1^{er} janvier 2008, de nouveaux modes de prise en charge et de financement par l'assurance maladie des frais de transport prescrits au sein des établissements de santé.

Les dépenses de l'assurance maladie liées au remboursement des frais de transports connaissent en effet depuis une dizaine d'années un rythme de progression très rapide (+ 8,4 % en moyenne depuis 2000) et il convient donc d'essayer de les maîtriser.

Tirant les leçons du système actuel qui est particulièrement déresponsabilisant pour les établissements de santé puisque les deux tiers des prestations de transport prises en charge par l'assurance maladie sur les soins de ville sont en fait prescrits par des praticiens exerçant dans un établissement de santé et ne devraient donc logiquement pas être imputées sur l'enveloppe soins de ville, l'expérimentation vise à confier à ces établissements de santé la gestion des transports prescrits par les professionnels qui y exercent.

Les établissements se verront dotés en échange d'une enveloppe budgétaire sous forme de dotation annuelle leur permettant d'organiser et de gérer les prestations de transports dans les meilleures conditions d'efficacité (mise en concurrence, émission d'appels d'offres, passation de marchés).

IV.- LES DÉPENSES DE PRESTATIONS SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES

La redéfinition par loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a modifié le cadre de gestion des dépenses de prestations sociales et médico-sociales. Doivent désormais être distinguées, d'une part, les dépenses des établissements et services pour personnes âgées dépendantes et pour personnes handicapées qui relèvent du champ de compétence de la CNSA et, d'autre part, les dépenses des autres établissements médico-sociaux, à savoir les centres de cure ambulatoire en alcoologie, les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, les appartements de coordination thérapeutique, les centres de centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue et les lits halte soins santé. Ces deux catégories de dépenses relèvent de deux objectifs de dépenses distincts.

Le cadre de gestion défini par la loi du 11 février 2005 a lui-même été modifié par les deux lois de financement de la sécurité sociale pour 2006 (article 51) et pour 2007 (articles 85, 86, 89 et 125).

1. Les dépenses relevant de la compétence de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Depuis le 1^{er} janvier 2006 la CNSA est sortie du périmètre de la loi de financement de la sécurité sociale. Ses crédits et son activité sont simplement retracés dans un rapport annexe du projet de loi.

Le montant des dépenses autorisées des établissements et services médico-sociaux relevant du champ de compétence de la CNSA et financées par l'assurance maladie est arrêté chaque année, par arrêté ministériel, sur la base d'un objectif de dépenses. Cet objectif est fixé en fonction, d'une part, de la contribution des régimes d'assurance maladie déterminée par les sous-objectifs de l'ONDAM voté en loi de financement de la sécurité sociale et, d'autre part, d'une partie des recettes prévisionnelles de la contribution sociale pour l'autonomie affectée au financement de ces établissements et services médico-sociaux. Ce montant est ensuite réparti en dotations régionales limitatives, fixées par la CNSA à partir de l'objectif de dépenses, et dotations départementales limitatives arrêtées sur proposition des préfets par la CNSA. Sur cette base, le préfet de département, qui fixe le niveau de tarif pour l'assurance maladie, arrête les budgets des établissements et services et fixe leurs tarifs (prix de journée, dotation globale ou forfaits journaliers). La CNSA a procédé à la première répartition en dotations limitatives le 15 février 2006.

L'article 58 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 a, par ailleurs, mis en place les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) afin de donner un outil à la CNSA pour accomplir sa mission de répartition en faisant remonter les besoins exprimés par les acteurs de terrain porteurs de projets en termes de places d'établissements et de services et de nature de prestations de service.

En outre, l'ordonnance de simplification n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 a permis de délivrer des autorisations de création de places par anticipation. Une gestion par anticipation des enveloppes financières tirées de l'ONDAM médico-social permet ainsi de dépasser le cadre de l'annualité budgétaire et faire connaître aux autorités départementales ou préfectorales les dotations minimales qui seront accordées sur les deux exercices suivants afin de faire valider les plans de financement et permettre la délivrance des autorisations.

Sur ces deux points, l'article 45 du projet de loi apporte des compléments.

Les interventions de la CNSA peuvent être résumées dans le tableau de définition de ses charges et ressources (article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles).

Définition des charges de la CNSA et affectation de ses ressources

	Charges financées par la section	Ressources affectées à la section ou sous-section
Section I	Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux à tarification fixée par l'État soumis à l'objectif de dépenses arrêté par la CNSA au travers de dotations départementales limitatives en application du III de l'article 314-3 du code de l'action sociale et des familles	
Sous-section I-1	Financement des établissements accueillant principalement des personnes handicapées	Une fraction au moins égale à 10 % du produit de la contribution de 0,3 % acquittée par les employeurs publics et privés (au titre de la journée de solidarité)
(*)		Une fraction au moins égale à 10 % du produit de la contribution de 0,3 % sur les revenus du patrimoine et les revenus de placement (dispositif lié à la journée de solidarité) (*)
		Une part de la contribution des régimes d'assurance maladie destinée à financer ces établissements et services, arrêtée au sein de l'ONDAM par le gouvernement
Sous-section I-2	Financement des établissements accueillant principalement des personnes âgées dépendantes	40 % du produit de la contribution de 0,3 % acquittée par les employeurs publics et privés (au titre de la journée de solidarité)
		40 % du produit de la contribution de 0,3 % sur les revenus du patrimoine et les revenus de placement (dispositif lié à la journée de solidarité)
	Financement de la dotation globale de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (<i>art.85, LFSS 2007</i>)	Une part de la contribution des régimes d'assurance maladie destinée à financer ces établissements et services, arrêtée au sein de l'ONDAM par le gouvernement
	Financement des groupes d'entraide mutuelle (<i>art.51, LFSS 2006</i>)	Contribution d'un fonds de concours de l'État (<i>art.51, LFSS 2006</i>)

Section II	Financement, dans la limite des ressources, des concours versés aux départements pour couvrir une partie du coût de l'APA.	20 % du produit de la contribution de 0,3 % acquittée par les employeurs publics et privés (au titre de la journée de solidarité)
	Remboursement à la CNAF des cotisations dues au titre de l'affiliation obligatoire au régime général d'assurance vieillesse des bénéficiaires du congé de soutien familial et des travailleurs non salariés ou conjoints collaborateurs qui interrompent leur travail ou pour s'occuper d'un proche handicapé ou en perte d'autonomie grave, lorsque leurs ressources ne dépassent pas le plafond du complément familial et que la personne aidée est une personne âgée (<i>art.125, LFSS 2007</i>).	20 % du produit de la contribution de 0,3 % sur les revenus du patrimoine et les revenus de placement (dispositif lié à la journée de solidarité)
		Une participation des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse
		Une fraction de 0,1 point du produit de la contribution sociale généralisée (CSG) diminuée du montant affecté à la 4 ^e section
Section III	Financement, dans la limite des ressources, des concours versés aux départements pour couvrir tout ou partie du coût de la prestation de compensation instituée au bénéfice des personnes handicapées par l'article 12 de la loi du 11 février 2005.	Une fraction au moins égale à 30 % du produit de la contribution de 0,3 % acquittée par les employeurs publics et privés (au titre de la journée de solidarité)
	Subvention due à la CNAF pour le financement de la majoration spécifique de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (<i>art.51, LFSS 2006</i>).	Une fraction au moins égale à 30 % du produit de la contribution de 0,3 % sur les revenus du patrimoine et les revenus de placement (dispositif lié à la journée de solidarité)
Section IV	Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service (<i>art.89, LFSS 2007</i>)	
Sous-section IV-1	Actions en faveur des personnes âgées : – dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie ; – dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements et services.	5 à 12 % de la fraction de 0,1 point du produit de la CSG, fixée par arrêté ministériel (6 % ont été arrêtés) (<i>art.89, LFSS 2007</i>)
Sous-section IV-2	Actions en faveur des personnes handicapées : – dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes handicapées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie ; – dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services d'enseignement ou d'éducation spéciale, d'action médicale précoce, de réadaptation et rééducation professionnelle et d'accueil, y compris en foyer médicalisé, de personnes handicapées.	Au maximum 12 % des deux fractions allouées à la sous-section I-1 sur le produit des contributions dues au titre de la journée de solidarité (contribution de solidarité pour l'autonomie), la part affectée étant fixée par arrêté ministériel (<i>art.89, LFSS 2007</i>)
Section V	Financement des autres dépenses de la caisse.	
	Financement d'opérations d'investissement et d'équipement (LFSS 2007 : équipement immobilier) pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et services dont les dépenses relèvent de l'objectif géré par la CNSA (<i>art.51, LFSS 2006 et art.86, LFSS 2007</i>)	Crédits non dépensés fin 2005 de 500 millions d'euros, répartis en 350 millions pour les établissements et services pour personnes âgées et 150 millions pour ceux destinés aux personnes handicapées (<i>art.51, LFSS 2006</i>) Une part des crédits reportés en 2007 au titre des excédents 2006 (<i>art.86, LFSS 2007</i>)

Sous-section V-1	Dépenses de la caisse en faveur des personnes âgées dépendantes (dépenses d'animation et de prévention dans les domaines de la CNSA en faveur des personnes âgées)	Une fraction, fixée par arrêté des ministres de la sécurité sociale et du budget, des ressources de la 2 ^e sous-section de la 1 ^{re} section
Sous-section V-2	Dépenses de la caisse en faveur des personnes handicapées (concours versés aux départements pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées)	Une fraction, fixée par arrêté des ministres de la sécurité sociale et du budget, des ressources de la 1 ^{re} sous-section de la 1 ^{re} section
Section VI	Frais de gestion	Prélèvement sur les contributions affectées à la CNSA et les participations des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie
Reports	Affectés, en tout ou partie, par arrêté interministériel.	Crédits excédentaires d'un exercice

Le budget de la CNSA pour 2006 a été exécuté comme suit.

Budget définitif (exécuté) de la CNSA pour 2006

(en millions d'euros)

Charges		Ressources	
Section I : Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux			
Total des charges de la section I	11 094,21	Total des ressources de la section I	11 094,21
Sous-section I-1 : Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes handicapées			
Dépenses des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	6 738,37	Crédits des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	6 607,00
Fonds de concours GEM	20,00	Fraction de contribution solidarité autonomie (12,74 %)	265,62
Diverses charges techniques	1,77	<i>dont apport de l'OGD :</i>	227,1
Contribution pour la section VI	4,42		
Mise en réserve (excédent)	108,06		
Total des charges sous-section I-1	6 872,62	Total des ressources sous-section I-1	6 872,62
Sous-section I-2 : Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées dépendantes			
Dépenses des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	4 692,07	Crédits des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	4 369,00
Prélèvement pour dépenses section V	10,00	Fraction contribution solidarité autonomie (40 %)	833,96
Contribution pour la section VI	3,34	<i>dont apport de l'OGD :</i>	594,09
Diverses charges techniques	5,56	Utilisation de l'excédent 2005 de la section IV	18,64
Mise en réserve (excédent)	510,62		
Total des charges sous-section I-2	5 221,60	Total des ressources sous-section I-2	5 221,60
Section II : Financement de l'APA			
Concours aux départements	1 436,56	Fraction CSG	960,64
Diverses charges	9,78	Fraction contribution solidarité autonomie (20 %)	416,98
Contribution pour la section VI	0,93	Participation des régimes vieillesse	63,37
		Produits financiers	5,86
Total des charges section II	1 447,27	Total des ressources section II	1 447,27

Section III : Financement de la prestation de compensation			
Concours au titre de la PCH	523,31	Fraction contribution solidarité autonomie (27,26 %)	568,34
Concours au titre des MDPH	20,00	Produits financiers	5,86
Remboursement CNAF au titre de la majoration AEEH	16,33		
Diverses charges	4,20		
Contribution pour la section V	10,00		
Contribution pour la section VI	0,36		
Total des charges section III	574,20	Total des ressources section III	574,20
Section IV : Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service en faveur des personnes âgées			
Dépenses de modernisation	45,08	Fraction CSG	61,32
Diverses charges	0,52	Produits exceptionnels	1,00
Contribution pour section VI	0,04		
Mise en réserve (excédent)	16,68		
Total des charges section IV	62,32	Total des ressources section IV	62,32
Section V : Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie			
Total des charges section V	532,94	Total des ressources section V	532,94
Sous-section V-1 : Financement des actions en faveur des personnes âgées dépendantes			
Dépenses d'animation, prévention et études	2,37	Prélèvement sur la sous-section II de la section I	10,00
Plan d'aide à la modernisation des établissements	349,62	Utilisation des excédents 2004 et 2005 de la CNSA	349,62
Mise en réserve (excédent)	7,63		
Total des charges sous-section V-1	359,62	Total des ressources sous-section V-1	359,62
Sous-section V-2 : Financement des actions en faveur des personnes handicapées			
Dépenses d'animation, prévention et études	0,91	Prélèvement sur la section III	10,00
Plan d'aide à la modernisation des établissements	150,00	Utilisation des excédents 2004 et 2005 de la CNSA	163,32
Financement STAPS	2,52		
Autres actions : étudiants handicapés	2,94		
Mise en réserve (excédent)	16,95		
Total des charges sous-section V-2	173,32	Total des ressources sous-section V-2	173,32
Section VI : Frais de gestion			
Dépenses de fonctionnement	3,73	Prélèvements sur les sections I à IV	9,09
Charges de personnel	5,14	Divers produits sur opération de gestion	0,4
Immobilisations	0,26		
Total des charges section VI	9,13	Total des ressources section VI	9,13
TOTAL DES CHARGES	14 030,74	TOTAL DES RECETTES	14 690,97
Excédent 2006	188,83		

Nota : OGD = objectif global de dépenses (addition des crédits de l'ONDAM médico-social et de la fraction des ressources propres de la CNSA affectées).

Source : CNSA.

Le budget de la CNSA pour 2007 est, en l'état, le suivant.

Budget de la CNSA pour 2007 (au 3 juillet 2007)

(en millions d'euros)

Charges		Ressources	
Section I : Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux			
Total des charges de la section I	12 903,97	Total des ressources de la section I	12 903,97
Sous-section I-1 : Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes handicapées			
Remboursements aux régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM (<i>dont contribution CSA nette : 236,00 M€</i>)	7 211,00	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (12,74 %)	277,48
Fonds de concours pour groupes d'entraide mutuelle (GEM)	20,00	Crédits des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	6 975,00
Agence nationale d'évaluation des établt et services médico-sociaux	0,56	Utilisation excédent 2006	0,56
Contribution pour la section IV-2	11,88		
Contribution pour la section VI	6,82		
Atténuation de recettes	1,62		
Contribution pour frais de collecte ACOSS de la CSA (0,5 %)	1,15		
Total des charges sous-section I-1	7 253,03	Total des ressources sous-section I-1	7 253,03
Sous-section I-2 : Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées dépendantes			
Remboursement aux régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM (<i>dont contribution CSA nette : 894,00 M€</i>)	5 626,00	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)	871,20
Agence nationale d'évaluation des établt et services médico-sociaux	0,94	Crédits des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	4 732,00
Prélèvement pour dépenses section V-1	10,00	Utilisation de l'excédent 2006 de la CNSA	47,74
Contribution pour la section VI	5,27		
Atténuation de recettes	5,10		
Contribution pour frais de collecte ACOSS de la CSA (0,5 %)	3,63		
Total des charges sous-section I-2	5 650,94	Total des ressources sous-section I-2	5 650,94
Section II : Financement de l'APA			
Concours aux départements	1 451,35	Fraction contribution solidarité autonomie	435,60
Congé de soutien familial	5,71	Fraction de CSG	969,14
Contribution pour la section 6	1,39	Participation des régimes vieillesse	64,51
Atténuation de recettes	10,78	Produits financiers	6,05
Contribution pour frais de collecte ACOSS de la CSA (0,5 %)	6,07		
Total des charges section II	1 475,30	Total des ressources section II	1 475,30
Section III : Financement de la prestation de compensation			
Concours versés au titre de la PCH	513,48	Fraction contribution solidarité autonomie	593,72
Concours versés au titre des MDPH	50,00	Produits financiers	6,05
Remboursement CNAF au titre de la majoration AEEH	15,00		
Congé de soutien familial	4,79		
Contribution pour la section V-2	10,00		
Contribution pour la section VI	0,56		

Atténuation de recettes	3,48		
Contribution pour frais de collecte ACOSS de la CSA (0,5 %)	2,47		
Total des charges section III	599,77	Total des ressources section III	599,77
Section IV : Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service			
Total des charges section IV	90,42	Total des ressources section IV	90,42
Sous-section IV-1 : Financement des actions en faveur des personnes âgées dépendantes			
Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	77,69	Utilisation de l'excédent 2006 de la section IV	16,68
Contribution pour la section VI	0,06	Fraction de CSG (6 %)	61,86
Atténuation de recettes	0,52		
Contribution pour frais de collecte ACOSS de la CSA (0,5 %)	0,27		
Total des charges sous-section IV-1	78,54	Total des ressources sous-section IV-1	78,54
Sous-section IV-2 : Financement des actions en faveur des personnes handicapées			
Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	11,88	Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,88
Total des charges sous-section IV-2	11,88	Total des ressources sous-section IV-2	11,88
Section V : Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie			
Total des charges section V	229,57	Total des ressources section V	229,57
Sous-section V-1 : Financement des actions en faveur des personnes âgées dépendantes			
Dépenses d'animation, prévention et études	17,63	Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,00
Plan d'aide à la modernisation	129,49	Utilisation de l'excédent des sous-sections I-2 et sous-section V-1	137,12
Total des charges sous-section V-1	147,12	Total des ressources sous-section V-1	147,12
Sous-section V-2 : Financement des actions en faveur des personnes handicapées			
Dépenses d'animation, prévention et études	19,28	Prélèvement sur la section III	10,00
Plan d'aide à la modernisation	55,50		
Financement STAPS (convention CNASEA)	4,67	Utilisation de l'excédent des sous-sections I-1 et sous-section V-2	72,44
Etudiants handicapés	3,00		
Total des charges sous-section V-2	82,44	Total des ressources sous-section V-2	82,44
Section VI : Frais de gestion			
Dépenses de fonctionnement	6,73	Prélèvements sur les sections I à IV	14,10
Charges de personnel	7,07		
Immobilisations	0,30		
Total des charges section VI	14,10	Total des ressources section VI	14,10
TOTAL DES CHARGES	15 266,86	TOTAL DES RECETTES	14 992,61
		Excédent 2007	274,25

Source : CNSA (budget 2007 rectifié par le conseil de la CNSA réuni le 3 juillet 2007).

Le projet de budget primitif pour 2008 s'établit comme suit. Il fait apparaître l'affectation de 200 millions d'euros à des dépenses de fonctionnement pour la création de places de services ou en établissements (sous-section I-2). Des ressources propres de la CNSA sont ainsi mobilisées pour le financement de dépenses courantes relevant de l'ONDAM ; les 200 millions seront « remboursés » à la CNSA sur les crédits de l'ONDAM 2008. Le montant des crédits 2007 non consommés sera arrêté à la fin mars 2008.

Le projet de budget montre également la montée en puissance de la section V, conformément aux nouvelles missions qui lui sont assignées par l'article 45 du projet de loi. 250 millions d'euros de mesures nouvelles s'ajoutant aux 305 millions de reprises sur les crédits non consommés en 2007 sont affectés au financement de ces opérations. Ces 250 millions sont là encore financés, avant remboursement, par les ressources propres de la CNSA.

Projet de budget primitif de la CNSA pour 2008 (octobre 2007))

(en millions d'euros)

Charges		Ressources	
Section I : Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux			
Total des charges de la section I	14 223,6	Total des ressources de la section I	14 223,6
Sous-section I-1 : Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes handicapées			
Remboursements aux régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	7 644,9	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (14 %)	320,6
Fonds de concours pour groupes d'entraide mutuelle (GEM)	24,0	Crédits des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	7 367,0
Agence nationale d'évaluation des établt et services médico-sociaux	0,6	Déficit	4,0
Opérations diverses	22,1		
Total des charges sous-section I-1	7 691,6	Total des ressources sous-section I-1	7 691,6
Sous-section I-2 : Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées dépendantes			
Remboursement aux régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	6 505,6	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (40 %)	916,0
Agence nationale d'évaluation des établt et services médico-sociaux	0,9	Crédits des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	5 416,0
Opérations diverses	25,5	Déficit	200,0
Total des charges sous-section I-2	6 532,0	Total des ressources sous-section I-2	6 532,0
Section II : Financement de l'APA			
Concours aux départements	1 554,9	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (20 %)	458,0
Congé de soutien familial	5,7	Fraction de CSG (94 %)	1 030,2
Opérations diverses	18,1	Contribution des régimes vieillesse	65,5
		Produits financiers	25,0
Total des charges section II	1 578,7	Total des ressources section II	1 578,7
Section III : Financement de la prestation de compensation			
Concours versés au titre de la PCH	551,9	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (26 %)	595,4
Concours versés au titre des MDPH	30,0	Produits financiers	25,0
Remboursement CNAF au titre de la majoration AEEH	16,7		
Congé de soutien familial	4,8		
Opérations diverses	17,0		
Total des charges section III	620,4	Total des ressources section III	620,4

Section IV : Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service			
Total des charges section IV	77,7	Total des ressources section IV	77,7
Sous-section IV-1 : Financement des actions en faveur des personnes âgées dépendantes			
Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	64,9	Fraction de CSG (6 %)	65,8
Opérations diverses	0,9		
Total des charges sous-section IV-1	65,8	Total des ressources sous-section IV-1	65,8
Sous-section IV-2 : Financement des actions en faveur des personnes handicapées			
Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	11,9	Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9
Total des charges sous-section IV-2	11,9	Total des ressources sous-section IV-2	11,9
Section V : Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie			
Total des charges section V	575,0	Total des ressources section V	575,0
Sous-section V-1 : Financement des actions en faveur des personnes âgées dépendantes			
Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
Plan d'aide à la modernisation 2006-2007	215,0	Utilisation de l'excédent des sous-sections I-2 et sous-section V-1	215,0
Plan d'aide à la modernisation 2008	75,0	Déficit	175,0
Total des charges sous-section V-1	400,0	Total des ressources sous-section V-1	400,0
Sous-section V-2 : Financement des actions en faveur des personnes handicapées			
Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	Prélèvement sur la section III	10,0
Plan d'aide à la modernisation 2006-2007	90,0	Reprise de provision du plan d'aide à la modernisation	90,0
Plan d'aide à la modernisation 2008	75,0	Déficit	75,0
Total des charges sous-section V-2	175,0	Total des ressources sous-section V-2	175,0
Section VI : Frais de gestion			
Dépenses de fonctionnement	6,9	Prélèvements sur les sections I à IV	14,3
Charges de personnel	7,3	Produit exceptionnel	0,1
Excédent	0,2		
Total des charges section VI	14,4	Total des ressources section VI	14,4
TOTAL DES CHARGES	17 043,3	TOTAL DES RECETTES	16 589,5
		Déficit 2008	453,8

Nota : les déficits mentionnés en ressources correspondent à des dotations sont encore affectées (ressources propres de la CNSA mobilisés sur des emplois de crédits de l'ONDAM et qui devront être restituées par l'assurance maladie à la CNSA.

Source : CNSA (projet établi en application de la circulaire du 31 juillet 2007 de la direction du budget).

Le tableau ci-après dresse l'état des recettes propres affectées à la CNSA. En sus des trois produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie (0,3 % sur les salaires, traitements et revenus de remplacement, 0,3 % sur les revenus du patrimoine, 0,3 % sur les produits de placement) figurent dans le tableau la participation des régimes obligatoires d'assurance vieillesse et la fraction de 0,1 % de la CSG perçue sur les produits des jeux précédemment affectées au fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Produits des contributions affectées à la CNSA

	2006 (réalisé)		2007 (prévisions)		2008 (prévisions)	
	M €	variation	M €	variation	M €	variation
CSG	1 022	+ 8,7 %	1 049	+ 2,6 %	1 093	+ 4,2 %
Sur les revenus d'activité et de remplacement	897	+ 7,3 %	935	+ 4,2 %	978	+ 4,6 %
Sur les revenus du patrimoine	55	- 1,8 %	64	+ 16,4 %	67	+ 4,7 %
Sur les produits de placement	64	+ 60,0 %	56	- 12,5 %	54	- 3,7 %
Sur les produits des jeux	6	- 25,0 %	6	0,0 %	7	+ 16,7 %
Déduction de charges et de frais	0	-	12	-	13	+ 4,6 %
Contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)	2 085	+ 7,0 %	2 191	+ 5,1 %	2 247	+ 2,6 %
Sur les revenus d'activité et de remplacement	1 777	+ 5,3 %	1 859	+ 4,6 %	1 914	+ 3,0 %
Sur les revenus du patrimoine	160	- 0,6 %	193	+ 20,6 %	202	+ 4,7 %
Sur les produits de placement	148	+ 48,0 %	163	+ 10,1 %	156	- 4,3 %
Déduction de charges et de frais	0	-	24	-	25	+ 3,0 %
Participation des régimes d'assurance vieillesse	63	+ 1,8 %	64	+ 1,7 %	65	+ 0,9 %
Produits totaux CNSA	3 170	+ 7,5 %	3 304	+ 4,2 %	3 405	+ 3,1 %

Source : ministère du travail, des relations sociales et des solidarités.

Ces recettes propres de la CNSA ont été affectées comme suit en 2007.

Emploi du produit des contributions affectées à la CNSA

2007	CSG		CSA		Participation des régimes de retraite		TOTAL M€
	répartition	M€	répartition	M€	répartition	M€	
Section I			52,19 %	1 168,2			1 168,2
Personnes handicapées			12,2 %	282,2			282,2
Personnes âgées dépendantes			40 %	886,0			886,0
Section II	94 %	997,3	20 %	443,0	100 %	64,5	1 504,8
Section III			27,27 %	603,8			603,8
Section IV	6 %	63,7	0,54 %	11,9			75,5
Personnes handicapées			0,54 %	11,9			11,9
Personnes âgées dépendantes	6 %	63,7					63,7
TOTAL	100 %	1 061,0	100 %	2 226,9	100 %	64,5	3 352,4
Financement de la section V				20,0			
<i>Personnes handicapées</i>			<i>Fraction de la section I</i>	10,0			
<i>Personnes âgées dépendantes</i>			<i>Fraction de la section III</i>	10,0			

Source : ministère du travail, des relations sociales et des solidarités.

a) L'ONDAM médico-social délégué à la CNSA

Pour 2007, l'objectif de dépenses délégué à la CNSA est fixé à 12 921 millions d'euros compte tenu d'une contribution des régimes d'assurance

maladie de 11 791 millions et de 1 130 millions de produits prévisionnels tirés la contribution de solidarité pour l'autonomie affectée à la CNSA (+ 37,6 % par rapport à 2006). Ces produits de la contribution sont affectés à hauteur de 894 millions d'euros pour les personnes âgées et de 236 millions pour les personnes handicapées ; ils incluent 52 millions de report de l'excédent prévisionnel 2006. Le montant des dépenses encadrées est quant à lui fixé à 13 179 millions. Le montant de l'ONDAM médico-social et des dépenses encadrées ont évolué comme suit :

**Evolution du montant de l'ONDAM médico-social délégué à la CNSA
et des dépenses encadrées**

(en millions d'euros courants)

	Objectif de dépenses		Dépenses encadrées
Année 1999	6 696	–	7 258
Année 2000	7 195	+ 7,5 %	7 654
Année 2001	7 703	+ 7,1 %	8 189
Année 2002	8 293	+ 7,7 %	8 769
Année 2003	9 041	+ 9,0 %	9 565
Année 2004	9 827	+ 8,7 %	10 229
<i>dont contribution de la CNSA</i>			145
Année 2005	10 939	+ 11,3 %	11 179
<i>dont contribution de la CNSA</i>			524
Année 2006	11 856	+ 8,4 %	12 098
<i>dont contribution de la CNSA</i>			821
Année 2007	12 921	+ 9,0 %	13 179
<i>dont contribution de la CNSA</i>			1 130

Source : ministère du travail, des relations sociales et des solidarités

L'article 50 du projet de loi fixe à 12,8 milliards d'euros l'ONDAM personnes âgées et personnes handicapées pour 2008. Il est de 11,7 milliards dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Ces crédits pour 2008 seront affectés à la CNSA selon la clef de répartition suivante : 7 367 millions pour les personnes handicapées et 5 416 millions pour les personnes âgées.

b) L'action en faveur des personnes âgées

Pour 2007, une enveloppe d'un montant de 663,4 millions d'euros est prévue. Elle vise à :

– poursuivre la médicalisation des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) conformément au plan solidarité grand âge de juin 2006 ;

– mener à bien l'achèvement du processus conventionnel et couvrir les engagements pris dans le cadre des conventions tripartites (158,9 millions d'euros) ;

– poursuivre la mise en œuvre des plans pluriannuels de créations de places et de structures au titre de 2007 et, dans le cadre des enveloppes anticipées respectivement au titre de 2008 et 2009 ;

– mettre en œuvre le plan solidarité grand âge 2007-2012 qui comporte l’instauration de nouvelles règles tarifaires (notamment actualisation annuelle du GIR moyen pondéré et les modalités d’utilisation de l’outil Pathos), la diversification de l’offre (créations de places d’accueil de jour et d’hébergement temporaire), le développement des SSIAD pivots d’une politique active du maintien à domicile fondée sur le libre choix.

En 2007, le plan solidarité grand âge a permis le financement de la création de :

- 5 000 places nouvelles d’EHPAD ;
- 2 125 places d’accueil de jour ;
- 1 125 places d’hébergement temporaire ;
- 6 000 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

L’objectif global de dépenses d’assurance maladie concernant les personnes âgées a progressé d’environ 13 % par an en 2006 et 2007. En 2008, la progression, hors excédent de la CNSA, devrait encore être de 8,07 %.

L’effort financier de l’État permettra en 2008 de relever le nombre de places nouvelles d’EHPAD financées par la CNSA, qui passera à 7 500, avec en accompagnement le financement d’environ 10 000 emplois de personnels soignants supplémentaires. En outre, le coût de la place en EHPAD sera revalorisé pour être porté de 7 500 euros à 8 700 euros. Le processus de conventionnement tripartite qui entraîne une réforme de la tarification des EHPAD s’est en outre accompagné de dotations permettant d’accroître les crédits de fonctionnement des établissements ; au total près 1,4 milliards d’euros ont été alloués aux EHPAD depuis la mise en œuvre de la réforme.

En matière de SSIAD, d’accueil de jour et d’hébergement temporaire, l’effort budgétaire est maintenu à son niveau de 2007, ce qui, compte tenu, des crédits non consommés en 2007 permet d’accroître le nombre de places nouvelles financées.

Au total, l’ONDAM 2008 permettra de dégager 650 millions d’euros de mesures nouvelles bénéficiant aux personnes âgées dont 250 millions seront financées par la nouvelle franchise médicale et seront spécifiquement destinées à l’accompagnement des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer (accueil de jour, hébergement temporaire, places en EHPAD, prise en charge de frais de transport,...). Cette dotation fléchée sur la maladie d’Alzheimer bénéficie en fait

au secteur médico-social (on estime que 70 % des places des EHPAD sont occupées par des personnes démentes ou atteintes de la maladie d'Alzheimer).

c) L'action en faveur des personnes handicapées

Des crédits de 61,9 millions d'euros pour les enfants et adolescents handicapés et de 165,3 millions d'euros pour les adultes handicapés sont prévus pour l'achèvement et le renforcement du programme pluriannuel de créations de places 2005-2007. Ils permettent de réaliser les opérations suivantes :

1° dans le cadre des plans pluriannuels **enfants handicapés** ou spécifiques (plans périnatalité, autisme ou santé mentale, notamment), la création de :

– 1 250 places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ;

– 180 places en établissement pour polyhandicapés ;

– 250 places en établissement pour autistes ;

– 120 places d'instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) ;

– 22 centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ;

– 22 centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP).

2° dans le cadre des plans **adultes handicapés**, la création de :

– 2 500 places de SSIAD et de services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ;

– 2 600 places en maisons d'accueil spécialisé (MAS) et foyers d'accueil médicalisé (FAM) ;

– en outre, une enveloppe complémentaire de 11 millions d'euros est affectée à l'accueil temporaire (9 millions) et au handicap rare.

Pour 2008, le projet de loi de financement de la sécurité sociale dégage 410 millions d'euros pour financer des mesures nouvelles en direction des personnes handicapées. Ces mesures nouvelles sont en augmentation de 5,7 % par rapport à celles votées pour 2007 (378 millions).

L'ONDAM personnes handicapées pour 2008 permettra de financer les mesures suivantes.

1° Pour les **enfants handicapés**, l'accent est mis sur la prévention et l'accompagnement :

– création de 22 centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) pour la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ;

- création de 12 centres médico-psycho pédagogique (CMPP) ;
- création de 1 250 places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ;
- création de 300 places pour les enfants autistes ;
- création de 150 places pour les enfants polyhandicapés ;
- création de 300 places dans les Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) ;
- création de 200 places pour les enfants déficients intellectuels.

2° Pour les **adultes handicapés**, les crédits sont prioritairement destinés à la résorption des listes d'attente et éviter que de jeunes adultes ne soient maintenus dans des établissements pour enfants (mise en application des mesures prévues par l'article 67 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour mettre un terme au régime dérogatoire prévu par l'article 22 de la loi du 22 janvier 1989 dit « amendement Creton ») :

– création de 2 600 places de MAS et de FAM : les crédits pour 2007 seront loin d'être consommés ; le maintien du nombre de nouvelles places donne donc la possibilité d'accroître le nombre des créations effectives en 2008 ;

– création de 225 places d'accueil temporaire visant à fournir un répit aux aidants familiaux ; ces places seront en priorité destinées aux handicapés autistes, polyhandicapés et handicapés psychiques ;

– médicalisation de 500 places de foyers de vie et de foyers occupationnels : ces structures permettent de maintenir les personnes concernées dans leurs lieux de vie habituels mais d'améliorer la qualité de leur prise en charge ;

– création de 2 100 places de SAMSAH et de SSIAD afin de favoriser le maintien à domicile des personnes qui le souhaitent : la réduction du nombre de places nouvelles doit être interpréter comme le maintien de l'effort budgétaire car beaucoup de crédits pour 2007 ne seront pas consommés.

2. Les dépenses de l'ONDAM médico-social hors champ de la CNSA

Le montant des dépenses autorisées des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), des appartements de coordination thérapeutique (ACT), des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) et des lits halte soins santé (LHSS), qui sont hors du champ de compétence de la CNSA, est arrêté chaque année sur la base d'un objectif de dépenses spécifique médico-social fixé en fonction de l'ONDAM voté par le Parlement. Cet objectif a

été créé à partir du 1^{er} janvier 2006 afin de tirer les conséquences de la mise en place de l'objectif délégué à la CNSA qui exclut de son champ ces établissements médico-sociaux. Ce montant est ensuite réparti en dotations régionales limitatives, elles-mêmes réparties par le préfet de région, après avis du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et des préfets des départements, en dotations départementales limitatives.

Cet objectif spécifique avait été fixé à 262 millions d'euros en 2006, soit 282 millions de dépenses autorisées. Ces montants ont permis de financer le développement de la capacité d'accueil des CCAA et ACT. Les crédits destinés aux CAARUD s'élèvent à 14,9 millions d'euros en 2006 et à 20,96 millions si l'on retient le montant des dépenses médico-sociales autorisées par la circulaire du 2 janvier 2006.

Pour 2007, l'objectif spécifique a été fixé à 298 M d'euros, soit 315 M d'euros de dépenses autorisées. Ces montants doivent permettre de financer en 2007 :

- la création de 150 places nouvelles d'appartements de coordination thérapeutique notamment en vue d'améliorer la couverture de l'ensemble du territoire compte tenu de l'évolution des besoins dans le domaine du SIDA et des maladies chroniques tel que prévu pour celles-ci dans le plan du 24 avril 2007 annoncé par le ministre de la santé,

- le renforcement et/ou la création des structures d'addictologie : CAARUD, centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui se substitueront d'ici 2009 aux CSST et aux CCAA et communautés thérapeutiques,

- la poursuite du plan de création de 1 000 places sur cinq ans dans le cadre des « lits halte soins santé » ayant pour objet de dispenser aux personnes sans domicile fixe des soins médicaux et paramédicaux qui leur seraient dispensés à domicile si elles en disposaient.

V.- LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

A. LA PRÉVENTION RESTE UN IMPÉRATIF FORT

1. Les accidents du travail et les maladies professionnelles continuent de connaître des évolutions divergentes

L'analyse des statistiques met en évidence une baisse tendancielle des accidents du travail et une croissance rapide des maladies professionnelles. Au-delà de ces chiffres, le phénomène de sous-déclaration et de sous-reconnaissance par les caisses d'assurance maladie des accidents du travail et des maladies professionnelles persiste et justifie un reversement forfaitaire annuel à la charge de la branche AT-MP afin de compenser les dépenses indûment supportées par la branche maladie.

a) Le nombre d'accidents du travail diminue tendanciellement

L'accident du travail désigne « *quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise* » (article L. 411-1 du code de la sécurité sociale). Il se caractérise notamment par son lien avec le travail, sa soudaineté et l'existence d'une lésion corporelle.

Sous l'effet d'importantes évolutions structurelles de la population active, qui comporte notamment de moins en moins de salariés et de personnes travaillant dans les industries lourdes ou l'agriculture, le nombre d'accidents du travail déclarés et reconnus a fortement décliné au cours des trente dernières années. Il a ainsi diminué de plus d'un tiers entre 1970 et 2000. Après une baisse du nombre d'accidents du travail survenus en 2000, confirmée de 2001 à 2005, on note aujourd'hui une certaine stabilité des accidents du travail.

D'après les statistiques technologiques des accidents du travail et des maladies professionnelles de l'année 2006 publiées par la Caisse nationale de l'assurance maladie, le nombre des accidents du travail avec arrêt (700 772) demeure en effet assez stable (+ 0,2 %) par rapport à 2005.

La fréquence des accidents du travail avec arrêt est également assez stable. Ainsi, l'estimation de l'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt passe de 39,1 accidents avec arrêt pour 1000 salariés en 2005 à 39,4 en 2006, en légère augmentation. Les données font apparaître une importante hétérogénéité sectorielle puisque l'indice de fréquence varie de 10,3 pour 1000 dans le secteur des activités de service (banques, assurances...) à près de 85,4 pour 1 000 dans le secteur du BTP.

S'agissant des accidents graves, on dénombre 46 596 accidents ayant entraîné une incapacité permanente, en baisse de 10,3 %, et le nombre de décès s'établit à 537, en hausse de 13,3 %. Les indicateurs les plus remarquables sont donc la baisse importante du nombre d'accidents avec incapacité permanente tandis que les accidents mortels, après une forte baisse en 2005, progressent fortement en 2006. Cette progression entre 2005 et 2006 des accidents mortels est perceptible pour les accidents dus aux chutes de hauteur, aux manutentions manuelles et à l'électricité. À l'inverse, les décès dus aux véhicules diminuent entre 2005 et 2006.

Avec 83 022 accidents en 2006, le nombre d'accidents de trajet reste stable (+ 0,1 %) par rapport à 2005. Les accidents du trajet ayant entraîné une incapacité permanente diminuent de 7,7 % en 2006 et les décès, au nombre de 384, reculent de 12,7 %.

Il n'en demeure pas moins qu'au total, depuis vingt ans, le nombre des accidents graves a été divisé par 2, et celui des accidents mortels par 3.

b) Le nombre des maladies professionnelles reconnues continue d'augmenter

Une maladie est dite professionnelle lorsqu'elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique ou si elle résulte des conditions dans lesquelles il exerce d'une façon habituelle son activité professionnelle.

En 2006, on dénombre 42 306 maladies professionnelles, nombre en hausse de 2,3 % par rapport à 2005. La hausse est due en grande partie à une meilleure reconnaissance des droits du salarié (inscription de nouvelles pathologies au tableau des maladies susceptibles d'être reconnues comme d'origine professionnelle et plus grande sensibilisation du corps médical à l'origine potentiellement professionnelle de certaines pathologies).

Les affections périarticulaires ont été les plus fréquentes : avec 29 379 cas reconnus, elles représentent 69,4 % des maladies professionnelles constatées. Les lombalgies, dont la reconnaissance demeurait marginale avant la création des tableaux n° 97 (411 cas) et 98 (2 251 cas), sont devenues la 3^{ème} cause de maladies professionnelles. Au total, les troubles musculosquelettiques (TMS) représentent les trois quarts des maladies professionnelles reconnues. Les affections liées à l'amiante – tableaux n° 30 et 30 bis (respectivement 5 864 et 867 cas) – constituent aussi une part importante (16 %) du nombre des maladies professionnelles, reflet d'expositions anciennes.

2. La gestion du risque requiert une politique cohérente édictée et appliquée par tous les acteurs

a) L'assurance maladie définit et met en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

Les orientations relatives à la politique de prévention et d'assurance des risques professionnels sont déterminées par la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CATMP) de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Des comités techniques nationaux et régionaux (CTN et CTR), composés à parts égales de représentants des employeurs et des salariés, assistent les partenaires sociaux pour la définition des actions de prévention dans les différents secteurs d'activité.

La politique de prévention est ensuite mise en œuvre par la direction des risques professionnels (DRP) de la CNAMTS, les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS).

La branche « accidents du travail et maladies professionnelles » (AT-MP) de la CNAMTS a défini ses orientations à moyen terme dans le domaine de la prévention des risques professionnels pour la période 2004/2007. Quatre thèmes d'actions prioritaires au niveau national ont ainsi été identifiés :

- les cancers professionnels, car ils représentent un risque différé mal évalué et sont une priorité nationale de santé publique ;
- les troubles musculo-squelettiques, qui sont en progression constante ;
- le risque routier, qui constitue un risque important dans l'ensemble des secteurs d'activité ;
- l'offre de formation, qui doit être structurée et promue, car elle constitue un levier fondamental de l'action de prévention.

b) L'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) est désormais opérationnelle

La capacité de mieux traiter les risques actuels et d'anticiper les risques nouveaux est étroitement liée à une bonne connaissance des risques professionnels afin de pouvoir les anticiper, les identifier et, ainsi, mieux les prévenir. C'est l'objet de la mission qui a été confiée à l'AFSSET dont la mise en place est aujourd'hui achevée.

L'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 a en effet étendu les compétences de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) en lui donnant une nouvelle attribution dans le domaine de la santé au travail. Sa dénomination a été modifiée pour devenir l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET), qui doit fournir une

expertise scientifique indépendante sur l'évaluation des risques en milieu professionnel. L'agence a un statut d'établissement public de l'État, placé sous la tutelle des ministères en charge du travail, de la santé et de l'environnement. Les modalités de la nouvelle gouvernance de l'agence ont été définies par le décret n° 2006-676 du 8 juin 2006.

L'AFSSET est chargée de l'évaluation des risques sanitaires liés à l'environnement et au travail, notamment des risques liés à l'exposition des populations et des travailleurs à certains produits et substances susceptibles de comporter un danger pour l'homme. Elle fournit aux pouvoirs publics toutes les informations sur ces risques, une expertise scientifique indépendante et l'appui technique nécessaires à l'élaboration des dispositions législatives et réglementaires et des mesures de gestion de ces risques.

L'ordonnance du 1^{er} septembre 2005 a confirmé le rôle de l'agence comme coordonnateur de l'expertise en matière de santé environnementale et de santé au travail. En tant que tête de réseau, elle s'appuie sur l'expertise des autres établissements publics et organismes compétents dont elle mobilisera les compétences. Elle conclut ainsi des conventions avec une vingtaine d'établissements publics et organismes compétents dans ces domaines.

Des rapprochements et des synergies étroites sont ainsi recherchés entre l'AFSSET et l'Institut de veille sanitaire (InVS) qui dispose d'une compétence générale de surveillance épidémiologique de la santé des populations et des travailleurs. Dans le champ professionnel agricole, une coopération est aussi engagée avec l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), notamment en ce qui concerne l'évaluation des risques liés aux produits phytosanitaires confiée à cette agence par la loi du 5 janvier 2006 d'orientation agricole.

Concernant le champ des risques professionnels, depuis 2005 l'AFSSET a notamment pour mission :

- d'assurer une veille scientifique et technique sur les dangers (propriété intrinsèque d'un agent susceptible d'avoir un effet nuisible) et sur les risques (probabilité que le potentiel de nuisance soit atteint dans les conditions d'utilisation et/ou d'exposition) en milieu professionnel ;

- de procéder à une évaluation des risques pour l'homme en s'appuyant sur une expertise intégrée concernant la connaissance des dangers et des expositions ;

- d'organiser l'expertise nécessaire à la fixation des valeurs limites d'exposition professionnelles (VLEP) des substances dangereuses en prenant en compte les aspects « effets sur la santé » et « métrologie ») et la substitution des produits CMR (cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques) ;

– de répondre à toute demande d’avis des ministères concernés sur les dangers et les risques en milieu professionnel.

L’AFSSET dispose depuis novembre 2006 d’un conseil scientifique et d’un nouveau conseil d’administration, nommé en février 2007. Ses crédits ont par ailleurs été augmentés, ce qui devrait lui permettre de devenir chef de file d’un réseau national d’expertise publique de référence dans les domaines de l’environnement et du travail.

L’AFSSET est donc désormais opérationnelle et a déjà produit d’importantes études. Le 12 avril 2007, elle a ainsi rendu un avis capital sur les fibres minérales artificielles, dans le cadre des actions inscrites dans le « Plan santé au travail » ainsi que dans le plan national santé environnement (PNSE).

D’autre part, des études ciblées concernant l’exposition des travailleurs à des agents susceptibles de comporter un danger pour l’homme, tels que les éthers de glycol, les fibres minérales artificielles, le formaldéhyde et les fibres courtes d’amiante sont actuellement en cours. Des travaux sont également engagés sur l’éventuelle nocivité des nanomatériaux pour les travailleurs et la population générale, afin de proposer des mesures de prévention.

Une étude visant à réaliser un état des lieux de l’effectivité de la substitution, en milieu professionnel, des substances cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR 1 et 2) et le recensement des bonnes pratiques a été lancée en 2006. Elle s’échelonne sur plusieurs années suivant un calendrier de travail établissant un ordre de priorité.

De manière plus générale, l’AFSSET accorde une attention très particulière aux dangers et aux risques liés à l’exposition aux substances chimiques en milieu professionnel.

En 2007, la subvention pour charges de service public à l’AFSSET versée par le ministère chargé du travail s’est élevée à 10,03 millions d’euros. Le plan « Santé au travail » prévoit qu’à son terme fin 2009, l’agence atteindra un effectif de 50 chercheurs dans le champ de la santé au travail. Il est prévu de recruter, chaque année, 10 scientifiques de haut niveau spécialisés sur ces questions, dont des experts en toxicologie et en épidémiologie.

c) Le gouvernement poursuit la mise en œuvre du plan « Santé au travail »

Préoccupation majeure des acteurs du monde du travail, la santé au travail reste également un axe prioritaire de l’action gouvernementale. Le nouveau gouvernement a ainsi manifesté son choix de continuer résolument la mise en œuvre du plan santé au travail 2005-2009, qui, présenté le 17 février 2005, marquait la volonté de faire de la santé au travail une priorité dans une logique de prévention et visait à mettre en place les structures et moyens nécessaires à une meilleure prévention et santé au travail.

Ce plan a modernisé le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels qui constitue un élément central du système de reconnaissance de l'origine professionnelle des risques et a lancé plusieurs chantiers pour promouvoir la culture de prévention en entreprise en concertation étroite avec ses acteurs et les partenaires sociaux.

Le plan santé au travail constitue ainsi un plan d'action gouvernementale d'envergure qui engage toutes les ressources nécessaires à la réduction des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il fait suite à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, au plan national santé environnement, qui comporte des objectifs de réductions des expositions professionnelles aux agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR), au plan national de lutte contre le cancer, qui fixe des objectifs en matière de connaissances des cancers professionnels, et au plan national de sécurité routière engagé depuis 2002, dont un important volet visait à réduire les accidents routiers du travail qui sont devenus la première cause d'accidents mortels du travail.

Il s'inscrit directement dans la nouvelle « Stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail » pour les années 2007 à 2012 adoptée le 21 février 2007 par la Commission européenne, dans laquelle se trouve fixé un objectif européen d'une diminution de 25 % des accidents du travail d'ici 2012.

Le « Plan santé au travail » a également été enrichi par la conférence sociale sur les conditions de travail.

d) La conférence sociale sur les conditions du travail relance le dialogue social

Pour la première fois, tous les acteurs de la prévention se sont mobilisés autour de l'amélioration des conditions de travail.

Les travaux de la conférence sociale sur les conditions de travail qui s'est ouverte le 4 octobre 2007 se sont articulés autour de deux groupes de réflexion, réunissant près de 60 personnes (organisations syndicales et patronales, État et agences spécialisées), l'un sur l'amélioration de la prise en compte des risques professionnels, l'autre sur une meilleure efficacité des acteurs de la prévention au sein et à l'extérieur de l'entreprise.

Cette mobilisation exceptionnelle devrait permettre de mieux lutter contre trois grandes familles de risques bien identifiées : les risques psycho-sociaux, avec l'enjeu de la transposition des accords européens sur le stress au travail, la violence et le harcèlement, les troubles musculo-squelettiques (TMS), souvent mal soignés car identifiés trop tard et la question des substances cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR).

Cette conférence marque ainsi le point de départ de négociations patronat-syndicats dans le cadre de la loi de janvier 2007 sur le dialogue social et devrait être suivie d'une deuxième conférence de suivi au premier trimestre 2008.

B. LE DÉFICIT DE LA BRANCHE S'EXPLIQUE PAR LA MONTÉE EN CHARGE DES FONDS LIÉS À L'AMIANTE

1. Le déficit de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de 2007 devrait se résorber en 2008

Après avoir connu un déficit de 438,1 millions d'euros en 2005, la branche AT-MP améliore en 2006 son résultat puisque le déficit n'est plus que de 58,7 millions d'euros. Cette évolution positive s'explique par une augmentation des produits (+ 9,1 %) plus rapide que celle des charges (+ 4,9 %).

Près de la moitié de l'accroissement des charges s'explique désormais par la progression des dotations aux fonds amiante (FIVA et FCAATA). Le solde négatif de la branche AT-MP est ainsi principalement dû à la montée en charge des fonds amiante et à l'accroissement des maladies professionnelles indemnisées. Le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2007 indique ainsi que *« la croissance des charges en 2006 résulte principalement de l'augmentation des dotations. Les dotations de la branche AT-MP au FIVA et au FCAATA ont progressé de 215 millions d'euros (dont 100 millions d'euros pour le FCAATA et 115 millions d'euros pour le FIVA) pour atteindre 1,015 milliard d'euros. Les dotations représentent désormais 10 % des charges de la branche, soit 2 points de plus qu'en 2005 »*.

Parmi les charges de la branche AT-MP figure également le reversement annuel dû depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 par la branche à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et surtout des maladies professionnelles, dont le montant est fixé à 410 millions d'euros pour 2008 par l'article 57 du présent projet. Ce montant est identique à celui de l'année 2007 et se situe dans le cadre de l'évaluation effectuée en juin 2005 par la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale et présidée par M. Noël Diricq, conseiller maître à la Cour des comptes, qui retenait pour évaluer le coût réel pour la branche maladie de cette sous-déclaration une fourchette située entre 355 et 750 millions d'euros (hors IJ en ce qui concerne les maladies).

Dans les autres charges, les « diverses charges techniques » ont vu leur montant doubler en 2006 de 99,5 millions d'euros à 201,6 millions d'euros. Cette augmentation de 102 millions d'euros s'explique principalement par une correction demandée par la Cour visant à enregistrer au compte de résultat la part des charges directement supportées par la branche au titre du FCAATA.

Le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2007 indique toutefois que si le déficit de la branche devrait encore s'établir en 2007 à – 366 millions d'euros en raison d'une croissance des charges plus rapide qu'en 2006 associée à un net ralentissement des produits, le solde devrait redevenir positif en 2008. En effet, *« les charges n'augmenteraient que de 0,7 % en 2008. Dans le même temps, les produits accéléreraient sensiblement avec une croissance de + 4,8 % (...). En conséquence, le solde s'établirait à 63 millions d'euros, soit une amélioration de 429 millions d'euros par rapport au solde 2007 »*.

2. Le traitement comptable de la créance de la Caisse nationale d'assurance maladie sur le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) a dû être amélioré

La Cour des comptes, dans le cadre de son rôle d'assistance au Parlement pour le contrôle des finances de la Sécurité sociale, a adopté, le 19 juin 2007, son premier rapport de certification des comptes du régime général de la Sécurité sociale, conformément à la mission qui lui a été confiée par la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Au terme de ses vérifications, la Cour a certifié qu'au regard des principes et règles comptables qui leur sont applicables, les comptes de la branche AT-MP sont réguliers, sincères et donnent dans leurs aspects significatifs une image fidèle de la situation financière et du patrimoine de la branche sous certaines réserves.

La Cour des comptes a néanmoins estimé que le traitement comptable de la créance de la CNAMTS sur le FCAATA n'était pas approprié.

En effet, en 2006, le montant des versements effectués par la branche AT-MP à travers le réseau des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) a dépassé le budget alloué au FCAATA, ce qui s'est traduit par une charge supplémentaire de 90 millions d'euros pour la branche AT-MP, le versement des allocations de préretraite ne pouvant pas être interrompue.

La CNAMTS a considéré que cette charge était indue et a comptabilisé dans ses comptes une créance de près de 90 millions d'euros sur le FCAATA. Une créance d'un même montant a été inscrite dans les écritures du Fonds tenues par la Caisse des dépôts. Or, comme le FCAATA n'est pas doté de la personnalité morale et que l'État n'a aucun engagement spécifique au-delà des ressources fiscales qu'il lui affecte, il n'était pas possible de considérer que la CNAMTS avait un débiteur. Faute de débiteur, cette créance dénuée de valeur aurait donc dû être provisionnée pour dépréciation, ce qui n'a pas été fait.

Le déficit de la branche, qui était de 58,7 millions en 2006, a donc été sous-estimé à hauteur de 90 millions d'euros, ce qui explique la réserve formulée par la Cour.

3. Les fonds destinés à la prise en charge des victimes de l'amiante contribuent pour une part importante au déficit de la branche.

La prise en charge des maladies liées à l'amiante a donné lieu à la mise en place de deux fonds spécifiques :

– le Fonds de cessation anticipée des travailleurs amiante (FCAATA), créé par l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, dont la vocation est de permettre un départ anticipé en préretraite à certains salariés dont l'espérance de vie est potentiellement réduite par leur exposition à l'amiante ;

– le Fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante (FIVA), créé par l’article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 afin d’indemniser les victimes de maladies professionnelles liées à l’amiante.

Les allocations servies par le FCAATA et le FIVA n’entrent pas dans le champ des prestations du régime général mais la branche AT-MP en est le principal financeur et celles-ci pèsent de plus en plus lourdement sur l’équilibre de cette branche, comme l’indique le tableau ci-après.

Le poids du financement des deux fonds destinés à la prise en charge des victimes de l’amiante continue de s’accroître tendanciellement.

Les dotations de la CNAM AT-MP aux fonds liés à l’amiante

(en millions d’euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
au FCAATA	300	450	500	600	700	800
au FIVA	180	190	100	200	315	315
Total annuel	480	640	600	800	915	1 115
Total cumulé	1 227	1 867	2 467	3 267	4 182	5 297

Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale

Les dotations de la branche AT-MP au fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante (FIVA) et au Fonds de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante sont ainsi passées de 103 millions d’euros en 2000 à 600 millions d’euros en 2004 et 800 millions d’euros en 2005. Le poids du financement de ces deux fonds pèse globalement sur la branche AT-MP qui supporte environ 90 % des dépenses. Les financements que la branche AT-MP a consacrés au FCAATA sont depuis 2002, année d’apparition du déficit, en cumulé, supérieurs au déficit de la branche.

D’après le rapport du gouvernement au Parlement présentant l’impact financier de l’indemnisation des victimes de l’amiante pour l’année en cours et pour les vingt années suivantes (2003), les besoins de financement devraient continuer de croître au cours des prochaines années.

Pour l’année 2008, l’article 57 du projet de loi propose en conséquence de fixer le montant de la contribution de la branche AT-MP au FIVA à 315 millions d’euros (inchangé par rapport à 2007) et celle versée au FCAATA à 850 millions d’euros (contre 700 millions en 2007).

C. LES RÉFLEXIONS SUR LA RÉFORME DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES ONT PROGRESSÉ

Par l’article 54 de la loi du 13 août 2004, le Parlement a invité les partenaires sociaux (organisations professionnelles d’employeurs et organisations syndicales de salariés représentatives) à émettre des propositions pour une réforme de la branche, qui devrait notamment passer par une évolution des conditions de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et par une réforme de la gouvernance.

Pleinement conscients de la nécessité de faire évoluer la gestion de cette branche, les partenaires sociaux ont commencé le 20 décembre 2005 des négociations qui ont abouti, d'une part, à un accord sur la gouvernance de la branche conclu le 28 février 2006 et signé le 5 avril 2006 par les organisations représentatives des employeurs (Medef, CGPME et UPA) et trois confédérations de salariés (CFDT, FO et CFTC) et d'autre part, un an plus tard, à la signature du protocole d'accord du 12 mars 2007 sur la prévention, la tarification et la réparation des AT-MP. D'un autre côté, aucune évolution notable des fonds amiante n'est encore intervenue.

1. Le diagnostic sur la nécessaire évolution des fonds amiante est désormais posé

Le FIVA indemnisant des victimes de pathologies de l'amiante contractées principalement dans le cadre d'une activité professionnelle, son financement par la branche AT-MP ne pose pas de problème de principe particulier. La sécurité sociale supporte 90 % de la charge de l'indemnisation des victimes, les 10 % restants financés par l'État correspondant grosso modo au poids de la fonction publique d'État dans la population active. Toutefois, cette prise en charge n'intègre pas ce qui est imputable à la responsabilité de l'État, alors que le Conseil d'État par quatre décisions en date du 3 mars 2004 a jugé que l'État avait failli à sa mission de prévention des risques professionnels et commis une faute de nature à engager sa responsabilité. Il conviendrait donc de mieux différencier ce qui correspond à l'État employeur et ce qui incombe à la responsabilité générale des pouvoirs publics, ce qui n'est certes pas chose aisée.

S'agissant du FCAATA, l'attention du rapporteur a été à plusieurs reprises appelée sur le fait que seuls 10 % des titulaires de l'ACAATA sont, d'après la Cour des comptes, atteints d'une maladie causée par l'amiante si bien que se pose la question du recentrage du FCAATA sur les victimes de pathologies déclarées. Contrairement au FIVA dont les dépenses concernent l'indemnisation de maladies principalement professionnelles, son financement peut apparaître comme une charge induite pour la branche AT-MP, d'autant plus qu'il semble être bien souvent un dispositif de gestion de l'emploi.

La Cour des comptes, dans un rapport remis en mars 2005 à la commission des affaires sociales du Sénat, a ainsi proposé un recentrage des financements accidents du travail et maladies professionnelles sur les préretraites servies par le FCAATA aux seules victimes ayant développé une maladie. La situation des personnes ayant été exposées à l'amiante dans leur travail, mais n'ayant pas développé de pathologie devrait être, par exemple, examinée dans le cadre des travaux de mise en œuvre de la loi portant réforme des retraites sur la prise en compte de la pénibilité dans les conditions de départ à la retraite.

De la même façon, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a rendu un rapport n° 2005-186 dans le cadre d'une mission sur le FCAATA chargée d'évaluer le dispositif et de proposer des pistes de réformes.

Ce rapport a estimé que les règles actuelles régissant le FCAATA conduisaient à un dispositif inégalitaire et largement imparfait. Il propose en conséquence quatre options pour améliorer ce système et le rendre plus équitable : l'élargissement du dispositif à d'autres secteurs d'activité, la prise en compte de la prévalence d'un risque avant toute inscription d'un établissement au bénéfice du Fonds, la création d'une unique voie d'accès individuelle et la création d'un dispositif mixte centré sur des métiers ou des secteurs d'activité exposant à l'amiante et auquel l'accès se ferait individuellement. Ces quatre scénarios principaux sont assortis de propositions de mesures d'économies telles que l'augmentation de l'âge d'accès au dispositif, la modification du ratio entre années d'exposition et années dans le dispositif ou la modification des paramètres de la contribution des employeurs. Aucune suite concrète n'a néanmoins été donnée pour l'instant à ces propositions.

Enfin, le dispositif de prise en charge des victimes de l'amiante n'incite que faiblement à investir dans la prévention. Les employeurs qui sont à l'origine de la contamination des victimes ne semblent pas contribuer à la hauteur de leur implication réelle. La Cour souligne ainsi qu'« *une prise en charge des dépenses résultant de l'exposition à des risques professionnels reposant principalement sur la collectivité n'est pas de nature à encourager les entreprises à mettre en œuvre des politiques ambitieuses de prévention* ».

L'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a certes introduit une nouvelle contribution des entreprises au financement des fonds de l'amiante qui va dans le sens d'une responsabilisation des entreprises à l'origine des dépenses de l'ACAATA, mais le plafonnement de cette contribution comme les nombreux contentieux qu'elle a fait naître ont pour l'instant conduit à un rendement relativement faible (17 millions d'euros seulement en 2006).

2. Les partenaires sociaux ont souhaité mieux définir la gouvernance de la branche AT-MP

Le protocole d'accord du 28 février 2006 sur la gouvernance de la branche AT-MP accroît les pouvoirs de la commission des accidents du travail et maladies professionnelles (CATMP) et revendique un droit de regard de celle-ci sur le financement de la branche.

a) Les pouvoirs de la commission des accidents du travail et maladies professionnelles (CATMP) devraient être renforcés

Alors que l'enjeu de la négociation sur la gouvernance de la branche était d'introduire au sein de la CATMP, chargée des compétences de la CNAMTS en matière de gestion du risque professionnel, des représentants des usagers (associations de malades, de personnes handicapées, ...), l'article 1 du protocole d'accord du 28 février 2006 réaffirme que la branche AT-MP « *doit être gouvernée dans le respect du strict paritarisme* ».

En outre, même si, en pratique, la commission a toujours été présidée par un représentant du patronat, l'article L. 222-1 du code de la sécurité sociale se borne à énoncer que le « *président est élu en son sein* » parmi les membres du conseil de la CNAMTS. Le protocole confirme explicitement que la « *commission est présidée par un représentant des organisations professionnelles d'employeur* », le président étant assisté par deux vice-présidents représentants des salariés.

La CATMP exerce pour la branche AT-MP les compétences dévolues au conseil d'administration de la CNAMTS en matière d'AT-MP. La création d'une caisse autonome ayant été écartée, le protocole d'accord renforce les prérogatives de la commission en disposant qu'elle « *procède à la désignation du directeur des risques professionnels* » de la CNAMTS « *à la suite d'un processus étroit de concertation avec les pouvoirs publics* » et qu'elle vote la convention d'objectifs et de gestion conclue avec l'État.

b) Un droit de regard sur le financement de la branche serait revendiqué

L'article 6 du protocole d'accord du 28 février 2006 instaure un droit de regard de la commission AT-MP sur les transferts de compensation destinés à la branche maladie au titre de la sous déclaration des AT-MP pour « *apprécier (leur) validité au regard de critères clairs et objectifs* » qu'elle définira. À l'heure actuelle, le montant des sommes à verser est fixé par le Parlement dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale et l'article 57 du présent projet de loi fixe ainsi ce montant à 410 millions d'euros.

3. Les partenaires sociaux souhaitent mettre l'accent sur le caractère préventif du système AT-MP

Après l'accord sur la gouvernance, les partenaires sociaux ont conclu le 12 mars 2007 un protocole d'accord sur la prévention, la réparation et la tarification.

a) La prévention devrait être renforcée

Le protocole d'accord cible en premier lieu les TPE-PME qui sont les plus accidentogènes et l'article 3.1 du protocole du 12 mars 2007 prévoit ainsi que « *les entreprises de moins de 11 salariés pourront bénéficier d'une formation, d'une information, d'un conseil et d'un soutien de la part de la CRAM en vue de l'élaboration d'un contrat de prévention* ».

Toute une série de mesures vise également à mettre en application l'accord « Santé au travail » du 13 septembre 2000 pour renforcer notamment la place des partenaires sociaux dans les observatoires régionaux de santé au travail (ORST).

b) La tarification devrait devenir plus incitative

En matière de tarification, les signataires ont décidé de se situer dans le cadre du système actuel pour l'améliorer et non de le réformer.

Ainsi le protocole d'accord du 12 mars 2007 prévoit de baisser à 150 salariés le seuil d'application de la tarification individuelle des entreprises actuellement fixé à 200 salariés.

Le système du « bonus malus » consistant à moduler les cotisations en fonction du nombre de sinistres, préconisé par Gérard Larcher dans le cadre du plan santé au travail 2005-2009 et défendu par les organisations syndicales de salariés a été en revanche écarté. Le dispositif finalement retenu est celui d'une surtaxe (cotisation supplémentaire) des entreprises confrontées à un risque « *exceptionnel ou répété* », « *révélé par une infraction constatée aux règles de santé et de sécurité au travail prévues par la réglementation* ».

c) La réparation forfaitaire pourrait être personnalisée et améliorée

Dans le cadre de la réparation, les partenaires sociaux sont convenus que les mesures proposées étaient subordonnées à « *la capacité de la branche à les financer* ».

Alors que des réflexions avaient eu lieu sur l'opportunité de s'orienter vers une réparation intégrale, la revendication des syndicats d'une réparation intégrale a été écartée.

Les circonstances politiques et médiatiques avaient certes conduit à ce que des règles d'indemnisation prévoyant le principe de la réparation intégrale soient fixées pour les victimes de l'amiante alors que les autres victimes d'accidents de travail ou de maladies professionnelles devaient se contenter de l'indemnisation forfaitaire traditionnellement versée par la branche AT-MP de la sécurité sociale.

Dès lors, ce régime particulier d'indemnisation des victimes de l'amiante pouvait plaider pour une réparation intégrale des préjudices causés par les accidents du travail ou des maladies professionnelles. Le groupe de travail présidé par M. Michel Laroque, inspecteur général des affaires sociales, avait cependant mis en évidence, en mars 2004, le coût élevé d'une telle réforme globale, de l'ordre de 3 milliards d'euros pour le seul régime général.

Il n'était cependant pas évident que la collectivité soit prête à assumer un tel effort pour assurer une meilleure indemnisation des risques professionnels. De plus, le passage à une réparation intégrale aurait remis en cause le compromis passé entre employeurs et salariés au moment de la création du régime d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles en 1898, qui associe réparation forfaitaire, présomption d'imputabilité et immunité civile de l'employeur, sauf faute inexcusable.

C'est pourquoi, tout en s'accordant sur la nécessité de faire évoluer le système actuel vers une meilleure prise en compte des préjudices subis par la victime, les signataires ont proposé, tout en réaffirmant le principe forfaitaire de la réparation, d'assurer une réparation plus individualisée pour les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Ainsi, l'appréciation de l'incapacité permanente devrait être davantage individualisée pour « *prendre en compte l'ensemble des séquelles d'ordre psychique – y compris la douleur – et physique* » de la victime. L'accord prévoit également une amélioration de la prise en charge des frais d'appareillage et de l'indemnisation de la tierce personne et une meilleure prise en compte du préjudice professionnel. La transposition législative et réglementaire de ces propositions dans le cadre de la législation AT-MP nécessite que des expertises complémentaires soient menées pour en définir précisément les modalités de mise en œuvre, en étudiant notamment leur articulation avec la prestation de compensation du handicap (PCH) créée par la loi du 11 février 2005.

Le titre 4 du protocole du 12 mars 2007 stipule d'ailleurs que « *les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés, représentatives au plan national et interprofessionnel, invitent l'État à prendre dans les meilleurs délais, l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires nécessaires à l'application du protocole d'accord du 28 février 2006 sur la gouvernance de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la CNAMTS* ».

D. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2008 APPORTE DES AMÉLIORATIONS NOTABLES EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

1. La situation de certains ayants droit de victimes d'accident du travail ou d'une maladie professionnelle est améliorée

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a augmenté de manière significative, pour les accidents survenus à compter du 1^{er} septembre 2001, les taux applicables au montant du salaire de la personne décédée afin de calculer le montant de la rente viagère versée aux ayants droit. Il s'agissait avec cette disposition d'améliorer le sort des ayants droit des victimes de l'accident de l'usine AZF survenu à Toulouse le 21 septembre 2001.

Toutefois, une rédaction ambiguë de la loi a conduit à l'application pour certaines victimes de taux différents pour des faits générateurs similaires. Ainsi, les ayants droit des assurés dont le décès est intervenu entre le 1^{er} septembre 2001 et l'entrée en vigueur du décret mais consécutivement à un accident antérieur au 1^{er} septembre 2001 ne pouvaient pas bénéficier des nouveaux taux plus favorables à la différence des ayants droit des assurés pour lesquels l'accident avait eu lieu après le 1^{er} septembre, ce qui pouvait effectivement apparaître comme inéquitable.

L'article 55 du présent projet de loi revient sur cette iniquité en garantissant désormais que toutes les rentes d'ayants droit liquidées suite à des décès postérieurs au 1^{er} septembre 2001 bénéficieront bien des taux plus favorables en vigueur actuellement.

2. Le contrôle des arrêts de travail AT-MP est harmonisé avec les dispositions applicables en matière d'assurance maladie

L'article 71 du présent projet de loi aligne les règles relatives aux arrêts de travail en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles avec les dispositions applicables pour l'assurance maladie, d'une part, en renforçant les moyens de contrôle des arrêts du travail consécutifs à un accident du travail de façon similaire aux dispositions relatives à l'assurance maladie et, d'autre part, en rendant opposable aux caisses les avis du contrôle médical.

Cet article s'inspire de l'exemple de ce qui a été fait en matière d'arrêt de travail pour des raisons de maladie. En effet, le renforcement des sanctions en matière d'arrêt maladie a permis, avec l'action conjuguée de la CNAM et des médecins dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses, de ramener le taux d'évolution de ces dépenses à 4 % - 5 % par an, soit une économie évaluée à 700 millions d'euros sur l'année 2007.

Dans un contexte de renforcement de la politique de lutte contre les fraudes et dans une optique de réduction des dépenses et des inégalités de traitement entre les assurés en arrêts de travail pour cause de maladie et ceux en arrêt de travail pour cause d'AT-MP, l'article 71 harmonise donc les obligations des assurés quelle que soit la cause de l'arrêt de travail.

ANALYSE DES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE ET AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL

La commission a examiné les articles relatifs à l'assurance maladie et aux accidents du travail, sur le rapport de **M. Jean-Pierre Door**, au cours de sa deuxième séance du mardi 16 octobre et de sa séance du mercredi 17 octobre 2007.

DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2007

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 5

Diminution du montant de la dotation et du plafond de dépenses du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)

Cet article a pour objet de rectifier le montant de la dotation des régimes d'assurance maladie au fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), qui a été créé en 1999 dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins et de contribuer au décloisonnement du système de santé.

1. Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) a repris les missions précédemment dévolues au FAQSV

Institué par l'article 94 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, dont les dispositions sont codifiées à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, le FIQCS a pour missions de financer :

– des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces derniers ou à des centres de santé ;

– le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux ;

– des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde ;

– des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé ;

Ce fonds est également chargé de concourir :

– à des actions visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire ;

– à la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP) ainsi qu'au développement d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés permettant le partage de données médicales.

Placé au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), le FIQCS a repris les missions qui relevaient antérieurement :

– de la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR), dont le montant a été fixé à 170 millions d'euros pour 2007 par un arrêté du 26 février dernier ;

– du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), à l'exception cependant du financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles, qui a été transféré au fonds des actions conventionnelles, également créé par loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Pour l'exercice en cours, le montant de la dotation des régimes d'assurance maladie au FAQSV a été fixé à 178 millions d'euros par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Selon l'exposé des motifs de l'amendement gouvernemental dont est issu l'article L. 221-1-1 précité, il s'agissait, par cette fusion, de rassembler les moyens de l'action publique afin d'« *accroître la cohérence des actions menées dans chacune des régions, de simplifier les circuits de décision et de financement, de permettre une meilleure fongibilité des sommes disponibles à l'échelon régional, d'améliorer la visibilité dont disposent les promoteurs de projets en permettant la conclusion de conventions pluriannuelles de financement et de systématiser l'évaluation des actions menées* ».

À la date d'entrée en vigueur du décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 définissant les modalités d'organisation et de fonctionnement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, soit le 1^{er} juillet 2007, les crédits non consommés au titre de la DNDR et de la dotation du FAQSV ont été transférés à ce nouveau fonds.

L'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a en effet prévu qu'« *à titre transitoire, les dispositions (...) de l'article L. 221-1-1 du même code relatif à la fixation de la dotation et du montant maximal des dépenses du FAQSV (...) demeurent en vigueur dans leur rédaction antérieure à la publication de la présente loi jusqu'à la date d'entrée en vigueur des décrets mentionnés au présent article. À cette date, la DNDR et la dotation au FAQSV sont transférées au FIQCS.* »

2. Le montant de la dotation du FAQSV est révisé à la baisse pour 2007

Le FAQSV étant notamment chargé de participer à la préparation du dossier médical personnel (DMP) prévu par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, son bureau national a décidé, en mars dernier, d'allouer une dotation de 120 millions d'euros au groupement d'intérêt public pour le DMP (GIP DMP) sur les 178 millions d'euros de crédits dont il disposait pour 2007.

Toutefois, compte tenu des délais de mise en œuvre du DMP, près de 70 millions d'euros ne devraient pas être consommés à ce titre en 2007, comme l'indique le tableau suivant.

Évolution du budget du GIP DMP depuis 2005

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007
Premier budget voté	18,14	103,85	119,82
Budget définitif	16,56	36,30	
Exécuté	6,10	24,46	43,7*
Total des recettes	6,25	26,26	
dont financement FAQSV/FIQCS	5,33	25,98	
Prêt de la Caisse des dépôts et consignations	0,90	0,00	

* Prévisions au 1^{er} juillet 2007

Source : ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

C'est pourquoi il est proposé de diminuer du même montant la dotation des régimes d'assurance maladie au FAQSV pour 2007, désormais fixée à 108 millions d'euros au titre de l'année 2007.

Pour cela, il est proposé de modifier la rédaction du paragraphe I de l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, qui renvoie lui-même au « *fonds institué par l'article L. 221-1-1* », dans sa rédaction antérieure à la publication des décrets prévus par cet article aurait-on pu préciser, afin de lever toute ambiguïté sur le fait que cette rectification concerne uniquement les crédits de l'ancien FAQSV et en aucun cas l'ensemble des crédits du FIQCS.

Logiquement, le plafond annuel des dépenses maximales du FAQSV est concomitamment diminué à due concurrence, puisqu'il est proposé de fixer son montant à 125 millions d'euros pour 2007, contre 195 millions d'euros initialement prévu lors de la précédente loi de financement de la sécurité sociale.

Article 7

Rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

Les données disponibles en droits constatés, qui couvrent la totalité de l'année 2006 pour l'ensemble des régimes et les mois de janvier à mai 2007 pour les soins de ville du régime général, ainsi que les données récentes en date de remboursement ont permis de réactualiser les prévisions de dépenses relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), qui a été fixé à 144,8 milliards d'euros par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Ainsi, selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2007, le montant prévisionnel de l'ONDAM est désormais estimé à 147,7 milliards d'euros pour l'exercice en cours, ce qui correspondrait à une augmentation de 4,2 % par rapport à 2006.

Ce dépassement de l'ONDAM, évalué à 2,9 milliards d'euros pour 2007, s'explique principalement par la progression du sous-objectif des dépenses de soins de ville supérieure de 2,8 milliards d'euros au montant fixé par le Parlement, en raison notamment du dynamisme de l'ensemble des prescriptions mais aussi des forts épisodes épidémiques observés en début d'année. En revanche, les dépenses des établissements de santé publics et privés augmenteraient de 3,6 % et respecteraient ainsi les montants des deux sous-objectifs hospitaliers fixés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Par ailleurs, comme en 2006, les deux sous-objectifs de dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées et handicapées constituent désormais une dotation de l'assurance maladie permettant de financer l'objectif global des dépenses géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Sauf à réviser cette dotation, aucun dépassement des sous-objectifs médico-sociaux n'est donc possible. Il convient par ailleurs de noter que le sous-objectif relatif aux autres modes de prises en charge pourrait être dépassé d'environ 100 millions d'euros, en raison notamment d'un dynamisme plus important que prévu des dépenses de santé des ressortissants français à l'étranger.

Le tableau ci-après présente l'ensemble des prévisions de réalisations des dépenses relevant du champ de l'ONDAM pour l'exercice en cours.

Construction et prévision de réalisations des dépenses relevant du champ de l'ONDAM pour 2007

(montants exprimés en milliards d'euros, arrondis à 100 millions d'euros)

	Construction			Prévisions (en septembre 2007)				Écart à l'objectif
	Sous-objectifs arrêtés	Taux d'évolution LFSS (iii)	Taux cibles actualisés (ii)	Base 2007 réactualisée (i)	Montants	Taux évolution		
Soins de ville	66,7	1,1 %	0,0 %	66,7	69,4	4,1 %	2,8	
ONDAM hospitalier	65,6	3,5 %	3,6 %	63,3	65,6	3,6 %	0,0	
ONDAM médico-social	11,8	6,7 %	7,0 %	11,0	11,8	7,0 %	0,0	
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,8	8,3 %	9,2 %	4,4	4,8	9,2 %	0,0	
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,0	5,6 %	5,6 %	6,6	7,0	5,6 %	0,0	
Autres prises en charge	0,7	7,6 %	- 3,5 %	0,7	0,8	13,3 %	0,1	
ONDAM TOTAL	144,8	2,6 %	2,1 %	141,8	147,7	4,2 %	2,9	

La base 2007 *i* (soit l'année 2006 qui a servi de base à la construction de l'ONDAM 2007) est réactualisée à partir des dernières corrections des provisions comptables. La colonne *ii* indique les objectifs de taux d'évolution des différents postes de dépenses par rapport à la base 2007 telle qu'elle est constatée aujourd'hui. La colonne *iii* rappelle les taux d'évolution pour chaque sous-objectif voté lors de la LFSS à l'automne 2006. Les objectifs de chaque sous-enveloppe étant fixés en valeur et non en taux d'évolution, les modifications du constat des dépenses pour l'année 2006 modifient le taux de croissance que doit respecter chaque sous-enveloppe pour atteindre l'objectif. Ceci explique donc les différences d'évolution entre les colonnes *ii* et *iii*.

Source : rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2007).

C'est pourquoi le présent article propose de fixer le montant de l'ONDAM révisé à 147,7 milliards d'euros pour 2007.

En effet, l'article L. O. 111-3 du code de la sécurité sociale, tel qu'issu de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005, prévoit que la loi de financement de la sécurité sociale rectifie, pour l'exercice en cours, le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que leurs sous-objectifs ayant été approuvés dans la précédente loi de financement.

Comme le souligne très justement la Cour des comptes, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2007, le terme de révision semble toutefois peu approprié, dans la mesure où « *cette opération ne constitue pas une adaptation de l'ONDAM mais correspond en fait à une étape dans la détermination de la base prise en compte pour l'ONDAM de l'année suivante. C'est ainsi que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a comporté une révision de l'ONDAM de 2006 à hauteur de 740 millions, ce montant correspondant au dépassement de l'ONDAM de 2006 qui était alors prévu* ».

De la même façon, en se fondant sur les prévisions d'exécution des dépenses pour 2007 figurant dans le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre dernier, il est proposé de rectifier le montant de chacun des six sous-objectifs de l'ONDAM de la façon suivante.

***Rectification du montant de l'ONDAM et de ses sous-objectifs
proposée par le présent article pour 2007***

(en milliards d'euros)

	Objectifs fixés en LFSS pour 2007*	Objectifs rectifiés
Dépenses de soins de ville	66,7	69,4
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	47,5	47,4
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,3	18,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,7	4,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,0	7,0
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,7	0,8
Total	144,8	147,7

* Montants des objectifs de dépenses fixés par l'article 99 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007

QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2008

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 25

Modifications de la procédure d'alerte et des modalités d'entrée en vigueur des accords conventionnels prévoyant des revalorisations tarifaires

Cet article a pour objet de modifier les conditions d'application des accords conventionnels prévoyant de revaloriser les tarifs des professionnels de santé, d'une part, et d'aménager la procédure d'alerte instituée par l'article 40 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, d'autre part, afin notamment de mieux y associer les organismes d'assurance maladie complémentaire.

1. La modification des modalités d'entrée en vigueur des mesures conventionnelles prévoyant des revalorisations tarifaires

Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux sont actuellement fixés par voie de convention entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les représentants des professionnels concernés, en dehors des cas de dépassements autorisés par la convention.

Une fois l'accord conventionnel conclu entre les parties signataires, celui-ci doit être transmis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, conformément à l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale. L'accord est ensuite réputé approuvé si les ministres concernés n'ont pas fait connaître aux signataires, dans un délai de vingt-et-un jours à compter de la réception du texte, qu'ils s'opposent à leur approbation en raison de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsqu'il est porté atteinte au principe d'un égal accès aux soins. Les conventions et leurs avenants approuvés doivent enfin être publiés au Journal officiel de la République française.

C'est ainsi, par exemple, que l'arrêté du ministre de la santé et des solidarités en date du 2 mai 2007 a porté approbation de l'avenant n° 23 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, conclu le 29 mars 2007 entre l'UNCAM et trois syndicats représentatifs des médecins ⁽¹⁾, qui prévoyait notamment l'augmentation du tarif de la consultation des médecins généralistes (lettre clé C) à 22 euros à compter du 1^{er} juillet dernier.

(1) La Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), le Syndicat des médecins libéraux (SML) et l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants.

Après l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, qui définit le champ des conventions nationales conclues entre l'assurance maladie et les professionnels et les auxiliaires médicaux, le I du présent article tend à insérer un nouvel article L. 162-14-1-1, afin de modifier les modalités d'entrée en vigueur des accords conventionnels sur les deux points suivants.

• *L'institution d'une période d'observation de six mois avant l'entrée en vigueur des mesures conventionnelles prévoyant des revalorisations tarifaires*

Le premier paragraphe du nouvel article L. 162-14-1-1 (I) prévoit tout d'abord qu'une mesure conventionnelle qui aurait pour conséquence de revaloriser les tarifs des professionnels de santé ne pourra désormais entrer en vigueur qu'à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation ministérielle de la convention ou de l'avenant prévoyant cette mesure.

Cette période d'observation concernera les dispositions relatives aux tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires prévus par les conventions conclues entre l'UNCAM, d'une part, et les représentants des médecins généralistes et spécialistes (article L. 162-5 du même code), des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux (L. 162-9), des infirmiers (L. 162-12-2), des masseurs-kinésithérapeutes (L. 162-12-9), des directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales (L. 162-14) ainsi que des entreprises de transports sanitaires (L. 322-5-2), d'autre part.

• *La suspension de l'entrée en vigueur d'une mesure conventionnelle de revalorisation tarifaire en cas de déclenchement de la procédure d'alerte*

Le second paragraphe du nouvel article L. 162-14-1-1 (II) prévoit qu'en cas de risque sérieux de dépassement de l'ONDAM au-delà d'un seuil, actuellement fixé à 0,75 % (*cf.* l'encadré présenté ci-après), le déclenchement de la procédure d'alerte aura pour effet de suspendre l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle prévoyant des revalorisations tarifaires en cours d'année. Ces dispositions s'appliquent aux mêmes honoraires, rémunérations et frais accessoires professionnels que ceux prévus au I du même article.

Ainsi, l'application de telles revalorisations sera retardée au 1^{er} janvier de l'année suivante, sauf si un nouvel accord conventionnel prévoit une date plus proche, à la condition toutefois que celle-ci soit « *compatible avec les mesures de redressement* » consécutives au déclenchement de la procédure d'alerte, et donc avec la situation financière de l'assurance maladie.

Ces dispositions visent à mieux articuler le déroulement des négociations conventionnelles avec le pilotage de l'ONDAM en cours d'année, en d'autres termes à prévenir les risques de dépassement de l'objectif de dépenses fixé par le Parlement et à éviter, le cas échéant, d'aggraver l'ampleur de celui-ci.

Précisant les raisons pour lesquelles il est proposé d'introduire ce double mécanisme, qui intervient d'une certaine manière, en amont et en aval du déclenchement de l'alerte, l'exposé des motifs du projet de loi rappelle qu'en juillet dernier, « *les caisses nationales de l'assurance maladie ont dû faire des propositions de mesures faisant reporter la charge de l'ajustement sur l'ensemble des parties prenantes de notre système de santé. Peu de temps après toutefois, le montant de la consultation des médecins a été revalorisée d'un euro, conformément à ce qui était prévu par l'accord conventionnel* ».

2. L'aménagement de la procédure d'alerte

Le **II** du présent article tend à modifier l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale relatif au comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie sur les trois points suivants.

La procédure d'alerte instituée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

« Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement. Le comité est composé du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique et social. Ce comité est placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Chaque année, au plus tard le 1^{er} juin, et en tant que de besoin, le comité rend un avis sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'exercice en cours. Il analyse notamment l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie.

Lorsque le comité considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret qui ne peut excéder 1 %, il le notifie au Parlement, au gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Celles-ci proposent des mesures de redressement. Le comité rend un avis sur l'impact financier de ces mesures et, le cas échéant, de celles que l'État entend prendre pour sa part. »

Source : article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale

En premier lieu, le 1^o de ce paragraphe vise à modifier la rédaction de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-4-1 pour inscrire parmi les missions du comité d'alerte, celle de signifier également à l'Union nationale des organismes d'assurance – « maladie » eût-il fallu préciser – complémentaire (UNOCAM) toute évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'ONDAM.

En effet, l'UNOCAM, créée par la loi du 13 août 2004, regroupe les représentants des mutuelles, des institutions de prévoyance, des sociétés d'assurance ainsi que du régime local d'Alsace Moselle. Or il apparaît d'autant

moins illégitime de mieux associer l'ensemble de ces acteurs au suivi et à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie qu'ils jouent un rôle important en matière de couverture des dépenses de santé et qu'au surplus, l'UNOCAM dispose déjà de plusieurs compétences dans ce domaine.

L'article L. 182-3 du même code prévoit ainsi que l'UNOCAM rende un avis motivé et public sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de financement de la sécurité sociale mais aussi, par exemple, que l'UNOCAM et l'UNCAM examinent conjointement leurs programmes annuels de négociations avec les professionnels de santé portant sur leur champ respectif et déterminent annuellement les actions communes menées en matière de gestion du risque.

Dans le cas où la procédure d'alerte serait déclenchée, le 2° du II du présent article prévoit, d'autre part, que les propositions de redressement présentées par les caisses d'assurance maladie soient transmises au comité d'alerte par l'UNCAM, dans l'objectif de renforcer la coordination des trois caisses nationales d'assurance maladie en son sein.

Par analogie, l'article L. 111-11 du même code prévoit également la transmission par l'UNCAM au Parlement des propositions relatives à l'évolution des charges et des produits de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), de la Caisse nationale des travailleurs non salariés des professions non agricoles et de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (MSA) au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie, propositions encore appelées « rapport sur les charges et produits ».

Enfin, dans le prolongement des dispositions prévues par le 1° du II du présent article, son 2° prévoit que le comité notifie également tout risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses voté par le Parlement à l'UNOCAM, qui devra à son tour proposer des mesures de redressement.

Article 26

Extension du champ de la procédure de mise sous accord préalable

Comportant quatre paragraphes, cet article propose d'élargir la procédure de mise sous entente préalable, actuellement limitée à la prescription d'arrêts de travail et de transports, aux autres domaines de prescription des médecins.

1. Les conditions actuelles de mise sous accord préalable des prescriptions d'arrêt de travail et de transports

Afin de renforcer le contrôle des arrêts de travail et des transports prescrits en nombre anormalement élevé ou de manière abusive, une procédure de mise sous accord préalable a été instituée par l'article 25 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, dont les dispositions sont codifiées à l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale.

En vertu de ces dispositions, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut décider de subordonner la couverture des indemnités journalières (IJ) ou des frais de transports à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée maximum de six mois, en cas de constatation par ce service :

– du non-respect par le médecin des conditions de prise en charge des frais de transports et des IJ versées en cas d'arrêts de travail prévues par le code de la sécurité sociale (1°) ;

– ou d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits par le médecin et donnant lieu au versement d'IJ significativement supérieurs aux données moyennes constatées pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie (URCAM), pour une activité comparable (2°) ;

– ou d'un nombre de prescriptions de transports significativement supérieur à la moyenne des prescriptions de transport constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même URCAM (3°). Il est toutefois précisé qu'« *en cas d'urgence attestée par le médecin prescripteur* », l'accord préalable de la caisse n'est pas requis pour la prise en charge des frais de transport.

Dans la pratique, selon la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), les médecins qui ont été mis sous entente préalable sont ceux qui prescrivent au moins quatre fois et demie plus d'arrêts de travail que leurs confrères.

La mise en œuvre de cette procédure a ainsi permis de réaliser plus de 23 millions d'euros d'économies en 2006 et de diminuer sensiblement le nombre de prescriptions des praticiens concernés, au demeurant peu nombreux (180 médecins généralistes au plus sur 2006 et 2007, selon la CNAMTS ⁽¹⁾), ce dispositif permettant en effet, « *sans recours à une sanction, un accompagnement des surprescripteurs vers de bonnes pratiques* », selon l'exposé des motifs du projet de loi,

C'est pourquoi il est proposé d'en étendre le champ d'application à d'autres catégories de produits, d'actes et de prestations prescrits par les médecins de manière anormalement élevée.

2. Le dispositif proposé par le projet de loi

Le **I** du présent article modifie tout d'abord la rédaction du premier alinéa de l'article L. 162-1-15 précité afin de permettre au directeur de la caisse d'assurance maladie de suspendre, dans certains cas, la prise en charge des actes, prestations et produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) inscrits au remboursement, conformément aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

(1) Dossier de presse de la CNAMTS, « Contrôles et luttés contre la fraude : comment l'assurance maladie agit et pour quels résultats ? » (5 juillet 2007).

Le **II** insère deux nouveaux alinéas dans le même article L. 162-1-15 pour permettre également l'application de cette procédure de mise sous accord préalable dans les deux cas de figure suivants, soit :

– si le taux de prescription de transports en ambulance par rapport à l'ensemble des transports prescrits est significativement supérieur aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins installés dans le ressort de la même URCAM (4°). Ces dispositions visent à mieux réguler la croissance des dépenses de remboursement des transports en ambulance, qui ne sont pas toujours justifiées par l'état de santé du patient alors que leur coût moyen est près de quatre fois supérieur à celui des véhicules sanitaires légers (VSL) ;

– si le nombre de réalisations ou de prescriptions d'actes, produits de santé ou prestations remboursables est significativement supérieur à la moyenne des réalisations ou des prescriptions constatées, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même URCAM (5°).

Pour la mise en œuvre des dispositions prévues ci-dessus, il est par ailleurs précisé que « *les modalités de constitution éventuelle de groupes d'actes, de produits ou de prestations* » pourront être définies par décret. Selon les informations communiquées par le gouvernement, il s'agit ainsi de laisser ouverte la possibilité de cibler un groupe d'actes ou de produits déterminés, par exemple une classe de médicaments. Les critères mis en œuvre pour procéder à de tels regroupements d'actes ou de prestations seront définis par voie réglementaire.

Le **III** complète le dernier alinéa du même article L. 162-1-15 afin de préciser que l'accord préalable du service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie ne sera pas requis pour les actes, produits ou prestations remboursables mentionnés ci-dessus en cas d'urgence attestée par le prescripteur, comme c'est déjà le cas pour les transports.

Enfin, le **IV** du présent article parachève ce dispositif en prévoyant que des pénalités financières pourront être prononcées à l'encontre du médecin par le directeur de la caisse d'assurance maladie en cas d'« *obstacle volontaire* » à la procédure d'accord préalable, telle que modifiée par le présent article.

L'objectif poursuivi par ces dispositions est de dissuader certains prescripteurs de qualifier abusivement et délibérément d'urgentes la réalisation d'un acte ou la prescription d'un produit de santé ou de transports, pour ne plus être soumis au contrôle préalable du service médical.

Article 27

Renforcement de l'encadrement des transports des assurés en taxi

Cet article vise à mieux réguler les dépenses d'assurance maladie liées au remboursement des transports d'assurés sociaux effectués en taxi.

1. Éléments de contexte

Si l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale prévoit que les frais de transport doivent être pris en charge « *sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire* », les dépenses de transports sanitaires sont en forte croissance depuis plusieurs années, s'agissant particulièrement des transports de taxi, alors même qu'elles ne semblent pas toujours médicalement justifiées par l'état de santé du patient.

À titre liminaire, il convient de rappeler que les frais de transport pris en charge par l'assurance maladie correspondent à des transports sanitaires, représentant 74 % des dépenses en 2003 selon la Cour des comptes⁽¹⁾, et à des transports non sanitaires. Les premiers comprennent deux catégories : les ambulances et les véhicules sanitaires légers (VSL). Les seconds comportent les taxis, les transports en commun et les véhicules personnels.

S'agissant des transports en ambulance ou en VSL – il s'agit dans ce dernier cas de transport dit « assis », de même que les taxis – les tarifs sont négociés entre les syndicats représentatifs des professionnels concernés et l'assurance maladie et fixés par leur convention nationale, qui précise également les conditions de conventionnement des entreprises de transports sanitaires.

Le champ des conventions nationales conclues entre l'assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires

« Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales nationales les plus représentatives des ambulanciers et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Cette convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des organismes qui servent les prestations d'assurance maladie et des entreprises de transports sanitaires ;

2° Les modalités du contrôle de l'exécution par les entreprises de transports sanitaires des obligations qui découlent pour elles de l'application de la convention ;

3° Les conditions à remplir par les entreprises de transports sanitaires pour être conventionnées ;

4° Le financement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;

(1) Rapport annuel de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (septembre 2004).

5° Sans préjudice des compétences du pouvoir réglementaire, les modalités de détermination des sommes dues aux entreprises.

6° Les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la garde départementale organisée dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 6312-5 du code de la santé publique. »

Source : article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale

S'agissant en revanche des taxis, l'article L. 322-5 précité prévoit uniquement la possibilité pour les caisses d'assurance maladie de conclure avec les entreprises concernées des conventions déterminant, le cas échéant, les conditions dans lesquelles les assurés peuvent bénéficier du tiers payant. Dans ce cas, les tarifs servant de base au remboursement sont donc fixés par arrêté interministériel, les entreprises de taxi n'étant pas régies par la convention nationale des transporteurs sanitaires.

En d'autres termes, hormis cette convention facultative, il n'existe aujourd'hui aucun encadrement véritable de l'offre de transports en taxi, dont le coût moyen est pourtant plus élevé que celui des VSL.

2. Le dispositif proposé

Le **I** du présent article procède à une réécriture du deuxième alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale relatif aux conventions conclues entre les entreprises de taxi et l'assurance maladie.

Il en résulte que les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne pourront désormais être remboursés qu'à la condition que cette entreprise ait préalablement conclu une convention avec la caisse primaire d'assurance maladie. Il est également précisé que cette convention, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'UNCAM :

- fixera les tarifs des prestations et les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais ;

- pourra également subordonner le conventionnement des entreprises à « *une durée d'existence préalable* », afin notamment d'éviter la création d'entreprises dont le chiffre d'affaires serait garanti principalement, dès l'origine, par la solvabilisation que leur assure l'assurance maladie.

Enfin, la dernière phrase de cet alinéa prévoit la publication de ces conventions au bulletin des actes administratifs de la préfecture de chacun des départements dans lesquelles elles s'appliquent.

Le **II** du présent article aménage par ailleurs une période de transition pour permettre aux acteurs de se conformer aux prescriptions prévues au I.

Ainsi, les dispositions relatives au conventionnement des entreprises de taxi n'entreront en vigueur qu'à compter du sixième mois suivant la promulgation de la

loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Par conséquent, les conventions en cours, qui ont été conclues entre les caisses d'assurance maladie et les entreprises de taxi sur le fondement de la rédaction actuelle de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, prendront fin à la même date.

Article 28

Amélioration de l'information des assurés et du contrôle des caisses d'assurance maladie sur les dépassements d'honoraires

Cet article vise à renforcer l'information des assurés sur les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé libéraux, en instituant un dispositif spécifique pour les actes coûteux assorti de pénalités financières.

En effet, aux termes de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique, ces professionnels sont en principe tenus d'informer le patient, avant l'exécution d'un acte, sur son coût et sur les conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Dans le même sens, l'arrêté du 11 juin 1996, dont les principales dispositions sont reproduites ci-dessous, prescrit l'affichage des tarifs de leurs honoraires dans les salles d'attente.

Les obligations d'affichage des tarifs dans la salle d'attente des médecins libéraux

« Les médecins libéraux doivent afficher, de manière visible et lisible, dans leur salle d'attente, les indications suivantes :

1) Leur situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie (conventionné ou non), y compris leur secteur d'appartenance conventionnelle et leur droit à dépassement permanent ;

2) Les honoraires ou fourchettes d'honoraires des prestations sanitaires suivantes, lorsqu'elles sont couramment pratiquées par le praticien : consultation, visite à domicile, indemnité de nuit et de dimanche ;

3) Pour les praticiens qui n'effectuent pas couramment les prestations visées à l'alinéa 2, les fourchettes d'honoraires d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées par le praticien ;

4) Dans le cas des praticiens conventionnés dont les honoraires sont réglementés, les phrases : « Pour tous les actes pris en charge par l'assurance maladie sont pratiqués les tarifs d'honoraires fixes par la réglementation. Ces honoraires peuvent être dépassés en cas d'exigence exceptionnelle du patient, de temps et de lieu ; dans ce cas, votre médecin vous donnera toutes les informations sur les honoraires demandés ».

5) Dans le cas des praticiens conventionnés dont les honoraires sont libres, les phrases : « Pour tous les actes sont pratiqués des tarifs d'honoraires déterminés par le praticien. Le remboursement s'effectue sur la base des honoraires conventionnés. Votre médecin vous donnera préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'il compte pratiquer ».

6) Pour les praticiens non conventionnés, les phrases : « Pour tous les actes sont pratiqués des tarifs d'honoraires déterminés par le praticien. Le remboursement s'effectue sur la base des tarifs d'autorité. Votre médecin vous donnera préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'il compte pratiquer ».

Source : article 1^{er} de l'arrêté du 11 juin 1996 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux

Toutefois, dans la pratique, cette obligation d'information n'est pas toujours respectée, comme l'a encore souligné récemment un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur les dépassements d'honoraires médicaux ⁽¹⁾.

Le **I** du présent article propose en conséquence de compléter l'article L. 1111-3 susmentionné par un nouvel alinéa posant l'obligation pour les professionnels de santé libéraux de remettre à leur patient, avant l'exécution d'un acte, une information écrite précisant le tarif de celui-ci ainsi que la nature et le montant du dépassement facturé.

Cette obligation s'appliquera uniquement aux professionnels effectuant des actes dont le tarif remboursable sera supérieur à un montant fixé par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Selon les informations communiquées par le gouvernement, le montant exact des prestations concernées sera établi en concertation avec les partenaires conventionnels, cette obligation devant concerner pour l'essentiel les actes de chirurgie, de radiologie et d'odontologie.

Il est également prévu que l'inobservation de cette obligation d'information préalable sera passible d'une pénalité financière d'un montant égal à celui du dépassement facturé, qui pourra être prononcée à l'encontre du professionnel par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce, selon les modalités prévues par l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale (sur la procédure de pénalité financière prévu par cet article, *cf. infra*, le commentaire présenté sous l'article 34 du présent projet de loi).

En outre, le **II** du présent article propose de modifier la rédaction de l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale relatif à la « liquidation médicalisée » des prestations par les caisses d'assurance maladie.

Issu de l'article 19 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, cet article permet en effet aux caisses, avec l'appui du service médical, de vérifier le respect des dispositions relatives aux règles et référentiels associés au remboursement lorsqu'elles reçoivent les documents établis pour l'ouverture du droit aux prestations.

Ainsi, en application du 3° de cet article, les caisses doivent notamment vérifier que les dépenses présentées au remboursement ne méconnaissent pas les engagements conventionnels ainsi que les engagements prévus dans les contrats de bonne pratique, les contrats de santé publique, les contrats conclus entre les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) ainsi que les accords de bon usage des soins (AcBUS).

(1) « Les dépassements d'honoraires médicaux », rapport de Pierre Aballea, Fabienne Bartoli, Laurence Eslous et Isabelle Yeni, membres de l'Inspection générale des affaires sociales (avril 2007).

Le **II** du présent article tend à compléter le 3° de l'article L. 314-1 précité afin de préciser que le contrôle exercé par les caisses d'assurance maladie avant la liquidation des prestations concerne les dépenses présentées au remboursement, « *y compris les dépassements d'honoraires* », cette précision étant nécessaire car les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursables par les régimes de base.

Si l'information écrite prévue au I du présent article n'est pas un engagement conventionnel mais une obligation réglementaire, il convient cependant de préciser que la convention nationale des médecins libéraux, conclue le 12 janvier 2005 rappelle notamment l'obligation déontologique de fixer le tarif des honoraires avec « *tact et mesure* ». Selon les informations communiquées par le gouvernement, ces dispositions visent ainsi à inciter les caisses à être plus vigilantes sur les dépassements d'honoraires.

Enfin, le **III** du présent article modifie la rédaction de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale pour permettre aux directeurs des caisses d'assurance maladie de prononcer des pénalités financières à l'encontre du professionnel qui auraient méconnu les règles du code de la sécurité sociale mais aussi « *de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique* » relatif à l'information écrite prévue par le présent article, si cette inobservation a conduit à une prise en charge induue ou à exposer « *les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure* ».

Quelle que soit la situation des médecins au regard de la convention médicale précitée, ceux-ci sont en effet tenus de respecter les dispositions prévues par l'article 53 du code de déontologie des médecins, reprises à l'article R. 4127-53 du code de la santé publique aux termes duquel : « *les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières* ».

Selon le Conseil national de l'ordre des médecins⁽¹⁾, la fixation des honoraires avec tact et mesure doit ainsi prendre en compte des critères directs concernant « *la prestation effectuée, au temps qui y a été consacré et au service rendu au patient* » ainsi que des critères seconds, « *qui tiennent à la personne du praticien (notoriété) et du patient (situation de fortune)* ».

Article 29

Prise en compte du critère médico-économique dans les avis et recommandations de la Haute autorité de santé

Autorité publique indépendante à caractère scientifique créée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la Haute autorité de santé (HAS) a pour principales missions, conformément à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale :

(1) Rapport du Conseil national de l'ordre des médecins, « *Tact et mesure dans la fixation des honoraires : ce qu'il faut savoir* » (décembre 2005).

– de procéder à l'évaluation périodique du service rendu par les produits, actes ou prestations de santé, de contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à leur remboursement par l'assurance maladie et de formuler des recommandations relatives à la prise en charge des assurés, s'agissant notamment des personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD) ;

– d'élaborer les guides de bon usage des soins et les recommandations de bonne pratique, de procéder à leur diffusion et de contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines ;

– d'établir et de mettre en œuvre des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et d'accréditation des professionnels et des équipes médicales ;

– d'établir et de mettre en œuvre les procédures de certification des établissements de santé ;

– de participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge de la population par le système de santé ;

– de rendre un avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs.

L'article L. 161-39 du même code prévoit par ailleurs que la Haute autorité de santé peut également être consultée, notamment par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), sur le bien-fondé et les conditions de remboursement d'un ensemble de soins ou catégorie de produits ou prestations et, le cas échéant, des protocoles de soins les associant.

Toutefois, aucune disposition légale ne reconnaît aujourd'hui à la Haute autorité de compétence pour prendre en compte des critères médico-économiques dans l'évaluation des prestations de santé, c'est-à-dire de mettre en regard leur intérêt d'un point de vue médical et scientifique et leur coût pour la collectivité. Il apparaît pourtant nécessaire de mieux évaluer l'efficacité des différentes stratégies thérapeutiques, notion dont le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie avait déjà souligné toute l'importance, dans son rapport de janvier 2004.

La notion d'efficacité médico-économique d'un acte ou d'un produit de santé

« L'acte ou le produit réputé sûr, efficace et utile doit être également apprécié d'un point de vue médico-économique, c'est-à-dire en tenant compte de son coût propre ou des différents coûts qu'il peut induire et en comparant cette forme de rapport qualité-prix à ceux des actes ou des stratégies thérapeutiques de visée comparable. Sur le plan des principes, cette approche n'est rendue nécessaire que par la contrainte de rareté de la ressource financière. Aussi élevée que soit son niveau, celle-ci ne permet pas de prendre en charge tout ce qui est utile, et oblige donc à ce genre d'arbitrages. (...)

La recherche de l'efficacité médico-économique ne consiste pas à retenir un acte ou un produit qui ferait des « économies » au système. Une telle situation ne se rencontre

d'ailleurs que de manière exceptionnelle. L'approche de l'efficience consiste en général à comparer pour différentes modalités alternatives les suppléments d'utilité et les surcoûts résultants et à retenir la modalité qui présente le meilleur bilan médico-économique. Une telle approche, pour être transparente, nécessite par ailleurs de mettre en évidence et de clarifier dans les décisions précises, les critères médicaux, sociaux ou économiques retenus. »

Source : rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (23 janvier 2004)

C'est pourquoi le présent article vise à compléter l'article L. 161-37 susmentionné afin d'inscrire parmi les missions de la Haute autorité de santé celle d'établir des recommandations et avis à caractère médico-économique sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces.

Article 30

Aménagement du champ de la convention nationale des médecins libéraux et introduction de la possibilité pour les caisses primaires d'assurance maladie de conclure des contrats avec les médecins conventionnés

Ce article vise, d'une part, à permettre aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de conclure directement des contrats d'amélioration des pratiques avec les médecins et, d'autre part, à préciser et à étendre le champ des conventions nationales conclues entre les représentants des médecins libéraux et de l'assurance maladie.

1. L'option individuelle : les contrats entre les caisses primaires d'assurance maladie et les médecins conventionnés

Le I du présent article a pour objet de compléter la section 2-2, relative aux accords de bon usage et contrats de bonne pratique des soins, du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale par un nouvel article L. 162-12-21 comportant cinq alinéas.

L'objectif poursuivi par ces dispositions est de « *permettre aux médecins qui souhaitent aller plus loin de s'engager sur des objectifs individualisés d'amélioration de leurs pratiques* », selon l'exposé des motifs du projet de loi.

• *Le contenu des contrats*

Le premier alinéa de l'article L. 162-12-21 précité donne la possibilité aux CPAM de proposer aux médecins conventionnés de leur ressort d'adhérer à un contrat, qui devra être conforme à un contrat-type élaboré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

Le deuxième alinéa précise le contenu de ces contrats. Ils pourront ainsi comporter des engagements individualisés concernant la prescription des médecins ainsi que leur participation à des actions de dépistage et de prévention, à des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, à la

permanence des soins (PDS), au contrôle médical et, de manière générale, à toute action permettant d'améliorer leurs pratiques, leur formation et leur information.

Conformément au troisième alinéa de cet article, les médecins pourront bénéficier en contrepartie d'une rémunération complémentaire, qui pourra être subordonnée à l'atteinte par le professionnel des objectifs prévus dans le contrat.

- *Les modalités d'application des contrats*

Avant d'être proposé à la signature des praticiens, le contrat-type devra être transmis par l'UNCAM aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en application du quatrième alinéa de cet article.

Enfin, le dernier alinéa du nouvel article L. 162-12-21 confère une forme de droit d'opposition aux ministres chargés de la santé, qui pourront suspendre l'application de ces contrats pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou encore si leurs effets ne correspondent aux objectifs poursuivis.

2. Le socle collectif : le champ de la convention nationale conclue entre les représentants des médecins et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)

- *La promotion de la prescription au sein du répertoire des génériques*

Le **II** du présent article tend à compléter l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, qui précise actuellement le contenu de la convention nationale définissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins libéraux.

Ainsi, il est désormais prévu que cette convention comporte notamment « *des objectifs de prescription de médicaments appartenant à un groupe générique* », cette dernière notion regroupant à la fois le médicament de marque, encore appelé *princeps* ou spécialité de référence, et la ou les spécialités pharmaceutiques qui en sont les génériques.

À efficacité comparable pour le patient, il est en effet d'autant plus important de promouvoir la prescription au sein du répertoire des groupes génériques, que les pharmaciens ont ensuite, dans ce cas, la possibilité de délivrer par substitution à un *princeps* une spécialité générique du même groupe, à la condition toutefois que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité, conformément à l'article L. 5121-23 du code de la santé publique.

- *La fixation des objectifs conventionnels de prescription en volume*

Dans la même sous-section du code de la sécurité sociale relative aux relations conventionnelles, le **III** du présent article insère un nouvel article L. 162-5-1-1 posant l'obligation que les engagements relatifs aux dépenses liées aux prescriptions, conclus par voie conventionnelle entre les

représentants des médecins libéraux et l'UNCAM, soient désormais exprimés « *en volume, indépendamment de toute évolution tarifaire* ».

En effet, les objectifs conventionnels de prescription des produits de santé sont aujourd'hui fixés en valeur absolue, c'est-à-dire en millions d'euros (*cf. supra*, dans l'introduction générale du présent rapport, le tableau présentant les résultats de la maîtrise médicalisée depuis 2005), et non pas en volume, c'est-à-dire, par exemple, avec un objectif de progression du nombre de boîtes de médicaments prescrites pour une classe thérapeutique donnée. De ce fait, des objectifs conventionnels peuvent être atteints en partie grâce aux baisses de prix de médicaments le cas échéant intervenues en cours d'année.

C'est pourquoi il apparaît nécessaire de renforcer par ces dispositions le suivi des engagements conventionnels pris par les professionnels de santé dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses.

Article 31

Expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins par les missions régionales de santé (MRS)

Cet article vise à engager deux types d'expérimentations concernant les modes de rémunération des professionnels de santé et d'organisation de la permanence des soins, toutes deux confiées aux missions régionales de santé (MRS), instituées par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

1. L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé

La rémunération des professionnels de santé libéraux reste aujourd'hui principalement fondée sur le principe du paiement à l'acte, c'est-à-dire sur des honoraires proportionnels au nombre d'actes réalisés.

Seuls de rares éléments de rémunérations de nature forfaitaire ont en effet été mis en place, comme par exemple le forfait alloué au médecin traitant pour le suivi des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD), soit 40 euros par assuré par an, ou les indemnités versées pour la participation des professionnels à la permanence des soins, qui représentaient 210 millions d'euros en 2005, soit un peu plus de 1 % des honoraires selon le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ⁽¹⁾.

Toutefois, le principe du paiement à l'acte n'est pas toujours adapté aux aspirations des professionnels de santé, ni à la prise en charge de certains patients,

(1) Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur les conditions d'exercice et de revenus des médecins libéraux (mai 2007).

par exemple les personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques, qui nécessitent un suivi plus régulier et approfondi.

C'est pourquoi le I du présent article prévoit d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé « *complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant* », à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une durée maximum de cinq ans, en s'appuyant sur une analyse quantitative et qualitative de leur activité, réalisée à partir des informations détenues par les caisses primaires d'assurance maladie.

Cette expérimentation pourra également concerner les modes de financement des centres de santé, qui assurent aujourd'hui des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé mais aussi à des actions sociales.

Pour la mise en œuvre de cette expérimentation, les deuxième à sixième alinéas du I prévoient qu'il pourra être dérogé, en tant que de besoin :

– aux dispositions prévues par les articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 concernant les tarifs, les honoraires, les rémunérations et les frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux (1°) ;

– aux dispositions prévues par les articles L. 321-1 et L. 613-14 concernant les frais couverts par l'assurance maladie (2°) ;

– aux dispositions de l'article L. 162-2 relatives au paiement direct des honoraires par le malade (3°) ;

– enfin, aux articles L. 322-2 et L. 322-3 relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations (4°).

Le septième alinéa du I du présent article confie aux missions régionales de santé (MRS), constituées entre les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), la responsabilité de conduire ces expérimentations selon des modalités définies par décret, en leur permettant à ce titre de conclure des conventions avec les professionnels de santé volontaires.

Les missions actuelles des missions régionales de santé (MRS)

« Les missions régionales de santé sont chargées de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions et déterminent notamment :

1° Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et des centres de santé en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) ; ces orientations définissent en particulier les zones rurales ou urbaines déficitaires en offre de soins ;

2° Après avis du conseil régional de l'ordre des médecins et des représentants dans la région des syndicats représentatifs des médecins libéraux, des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins ;

3° Le programme annuel des actions, dont elle assure la conduite et le suivi, destinées à améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins pour la délivrance des soins à visée préventive, diagnostique ou curative pris en charge par l'assurance maladie, notamment en matière de développement des réseaux, y compris des réseaux de télémédecine ;

4° Le programme annuel de gestion du risque, dont elle assure la conduite et le suivi, dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires. Ce programme intègre la diffusion des guides de bon usage des soins et des recommandations de bonne pratique élaborés par la Haute autorité de santé et l'évaluation de leur respect. »

Source : article L. 162-47 du code de la sécurité sociale

En application du huitième alinéa de ce paragraphe, les dépenses mises à la charge des régimes d'assurance maladie au titre de ces expérimentations seront prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). En outre, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance auront la possibilité d'être « associées à ces expérimentations si elles le souhaitent ».

Enfin, le dixième et dernier alinéa de ce paragraphe prévoit que les MRS, en coordination avec les caisses d'assurance maladie, réalisent une évaluation annuelle de ces expérimentations, concernant notamment la qualité des soins, le nombre de participants et les dépenses afférentes.

2. L'expérimentation de la gestion des crédits consacrés à la permanence des soins

L'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire a été réformé par deux décrets du 15 septembre 2003 et du 7 avril 2005 ⁽¹⁾ ainsi que par l'avenant n° 4 à la convention médicale du 12 janvier 2005, qui a été conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et plusieurs syndicats de médecins, le 11 mars 2005.

Conformément aux articles L. 6314-1 et R. 6315-1 et suivants du code de la santé publique, le dispositif actuel repose ainsi sur les quatre principes suivants :

– *Le volontariat* : la permanence des soins (PDS) est définie comme une mission de service public, assurée par les médecins qui exercent à titre libéral ou dans un centre de santé ou qui appartiennent à des associations de type SOS Médecins, sur la base du volontariat.

(1) Décrets n° 2003-880 du 15 septembre 2003 et n° 2005-328 du 7 avril 2005 relatifs aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence (articles R. 6315-1 à R. 6315-7 du code de la santé publique).

– *La régulation préalable* : elle est organisée par le service d'aide médicale urgente (SAMU) ou par des centres d'appel interconnectés avec le SAMU (le 15).

– *L'organisation départementale et la sectorisation* : la PDS est organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé et en fonction des besoins, qui sont évalués par le comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS) ; à cette fin, le département est divisé en secteurs, déterminés en fonction de données géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante.

– Une rémunération forfaitaire de la régulation des appels et de l'astreinte de permanence des soins : en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité, les conditions de rémunération par l'assurance maladie de la participation des médecins au dispositif de permanence des soins ont en effet été définies par l'avenant n° 4 à la convention médicale précitée, dont les principaux points sont présentés ci-dessous.

La rémunération conventionnelle de la participation des médecins à la régulation et à la réalisation des actes de la permanence des soins

« L'article 2 de l'avenant n° 4 précité prévoit que l'assurance maladie participe au financement de la régulation des médecins libéraux suivant les modalités ci-dessous :

– versement de 60 euros de l'heure aux médecins libéraux qui participent à la régulation organisée par le SAMU ;

– prise en charge de leur formation à la régulation dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle ;

– prise en charge, si besoin, de leur responsabilité civile professionnelle pour leur activité de régulation.

De plus, cet avenant prévoit que l'assurance maladie verse aux praticiens inscrits à un tableau départemental d'astreinte une rémunération :

– de 50 euros pour la période de 20 heures à 0 heure ;

– de 100 euros pour la période de 0 heure à 8 heures ;

– de 150 euros pour les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures.

En outre, le même avenant prévoit des majorations spécifiques du tarif des actes effectués aux horaires de la permanence des soins à la demande du médecin régulateur. Trois majorations sont ainsi prévues :

– une « majoration spécifique de nuit 20 heures - 0 heure/6 heures - 8 heures » (46 euros pour une visite et 42,50 euros pour une consultation) ;

– une « majoration spécifique de milieu de nuit 0 heure - 6 heures » (55 euros pour une visite et 51,50 euros pour une consultation) ;

– une « majoration spécifique de dimanche et jours fériés » (30 euros pour une visite et 26,50 euros pour une consultation). »

Source : rapport n° 3672 de M. Georges Colombier au nom de la mission d'information de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale sur la prise en charge des urgences médicales (7 février 2007)

Le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), auquel a succédé le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, est ainsi chargé de financer des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde.

Afin notamment de renforcer la coopération entre professionnels libéraux et établissements de santé et de rapprocher la décision du niveau local, le **II** du présent article permet d'expérimenter de nouvelles formes de financement et d'organisation de la permanence des soins, en s'inscrivant également dans le cadre de la réflexion en cours sur la régionalisation du système de santé.

À titre dérogatoire et pour une durée maximum de cinq ans, il est ainsi proposé d'autoriser les MRS volontaires à fixer le montant et les modalités des rémunérations forfaitaires des médecins assurant la permanence des soins. Les MRS pourront également financer des actions et des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins, en particulier les maisons médicales de garde, ainsi que, le cas échéant, des établissements de santé.

Dans cet objectif, le deuxième alinéa du même paragraphe prévoit que le FIQCS délègue aux MRS les crédits nécessaires et détermine les limites dans lesquelles elles pourront fixer les montants des rémunérations forfaitaires des médecins.

Dans ce sens, il convient d'ailleurs d'observer que l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale relatif au FIQCS prévoit aujourd'hui que l'« *attribution de [ses] aides peut être déconcentrée et confiée aux missions régionales de santé* » dans des conditions fixées par décret, et que ces aides peuvent être attribuées « *sur une base pluriannuelle* ».

En application du dernier alinéa de ce paragraphe, ces expérimentations feront également l'objet d'une évaluation annuelle par les MRS, qui sera transmise au FIQCS.

Par coordination avec les dispositions prévues par le I et le II du présent article, le **III** modifie la rédaction de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale afin de compléter l'énumération des missions des MRS à laquelle il procède.

Ainsi, le 1° de ce paragraphe prévoit que les MRS déterminent le programme annuel des actions, « *y compris expérimentales* », dont elle assure la conduite et le suivi et qui sont destinées à améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins.

Le 2° de ce paragraphe insère par ailleurs un nouvel alinéa afin d'inscrire, parmi les missions des MRS, celle d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération de la permanence des soins et des professionnels de santé,

complétant ou se substituant au paiement à l'acte pour tous les professionnels de santé volontaires, selon des modalités définies par décret.

Article 32

Répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire

Afin de remédier aux disparités territoriales liées à l'inégale répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire, cet article vise à inciter les partenaires conventionnels, mais aussi l'ensemble des acteurs concernés, à définir de nouveaux instruments visant à y remédier, en confiant aux missions régionales de santé (MRS) le soins de définir des zones de recours aux soins ambulatoires.

1. Dispositifs conventionnels visant à favoriser une répartition plus équilibrée des professionnels de santé sur le territoire

Le 22 juin 2007, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et quatre syndicats représentatifs des infirmières et des infirmiers libéraux ont conclu un protocole d'accord sur la démographie visant à rééquilibrer leur répartition territoriale, dans lequel les parties signataires en ont appelés aux pouvoirs publics pour prendre les mesures législatives nécessaires à la mise en œuvre de ses dispositions.

Le protocole d'accord conclu entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs des infirmières et infirmiers libéraux

« Les infirmières libérales constituent une des professions de santé pour laquelle les écarts de densité entre les départements sont parmi les plus importants. Ce déséquilibre a des incidences en termes d'accès aux soins et de satisfaction des besoins de soins pertinents pour la population.

Les parties signataires estiment en conséquence nécessaire, sur la durée de la convention, de rééquilibrer la répartition géographique des infirmiers et infirmières libéraux. Elles souhaitent instaurer une régulation des nouvelles installations sous convention sur le territoire, en fonction du diagnostic établi par région, et au niveau local, par bassin de vie.

Constatant qu'elles ne disposent pas actuellement du cadre juridique adapté pour la mise en place de cette régulation, les parties signataires décident donc de soutenir conjointement auprès des pouvoirs publics les démarches nécessaires à l'adaptation des dispositions légales et réglementaires correspondantes. Ces démarches s'inscrivent en cohérence avec les dispositions prévues dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Les parties signataires s'entendent pour que le dispositif de régulation décrit ci-après soit mis en place de façon paritaire par voie d'avenant, pour une durée expérimentale de deux ans, dans un délai de trois mois à compter des modifications législatives ou réglementaires nécessaires et sous réserve de la mise en œuvre d'un dispositif de régulation de l'offre de soins alternative, c'est-à-dire en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), services d'hospitalisation à domicile (HAD) et centres de soins infirmiers, en cohérence avec le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). »

Source : préambule du protocole d'accord sur la démographie du 22 juin 2006

Dès lors, tout en préservant la liberté d'installation des professionnels de santé, le présent article vise notamment à les inviter à tirer toutes les conséquences de leur installation dans une zone de surdensité, en prévoyant que les partenaires conventionnels adaptent les modalités de conventionnement dans ce sens. Il s'agit ainsi, selon l'exposé des motifs du projet de loi, du « *pendant du dispositif incitatif à l'installation en zone sous-dense, qui doit plus que jamais être soutenu* ».

Le 1° du I du présent article modifie en conséquence la rédaction de l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, relatif à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et les organismes d'assurance maladie, afin de préciser que celle-ci détermine également « *les conditions et les modalités du conventionnement en fonction de la densité de la zone d'exercice* », qui sera définie par les missions régionales de santé (MRS).

Des modifications identiques sont apportées aux dispositions du même code relatives aux conventions nationales conclues entre l'UNCAM et les organisations syndicales représentatives des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux (2°), d'une part, et des masseurs-kinésithérapeutes, d'autre part (3°).

2. La détermination de zones de recours aux soins ambulatoires par les missions régionales de santé (MRS)

Le 4° du I du présent article vise à modifier l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale relatif aux missions régionales de santé (MRS), qui sont notamment chargées de définir les zones rurales ou urbaines qui peuvent justifier l'institution des dispositifs conventionnels d'aides à l'installation des professionnels de santé, c'est-à-dire des zones déficitaires en offre de soins (sur la présentation des missions des MRS, cf. le commentaire présenté sous l'article 31).

L'objectif poursuivi par ces dispositions est de permettre la détermination de « *zones de recours aux soins ambulatoires* » par les MRS, en d'autres termes des zones déficitaires mais aussi excédentaires en offre de soins, cette mesure constituant le corollaire des dispositions introduites au I du présent article.

À cette fin, il est tout d'abord proposé de supprimer les dispositions prévoyant que les MRS déterminent les zones dans lesquelles des dispositifs d'aide à l'installation peuvent être institués, qui figurent actuellement au 1° de l'article L. 162-47 précité.

Un nouvel alinéa (2°) est d'autre part inséré dans le même article, dont l'objet est de prévoir la détermination par les MRS de zones de recours aux soins ambulatoires en fonction de « *critères démographiques, géographiques, d'activité économique et d'existence d'infrastructures de transports* ». Des zones différenciées seront par ailleurs définies pour les médecins généralistes ou spécialistes et, le cas échéant, selon qu'ils sont autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs fixés par la convention (exercice en secteur 1 ou 2).

La décision délimitant ces zones sera soumise à l'approbation du directeur général de l'UNCAM et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Dans un souci de concertation, il est également prévu que les MRS classe ces zones en fonction de la densité de professionnels, après avis des représentants dans la région des syndicats représentatifs des professionnels de santé concernés. Cette classification par densité sera déterminée en fonction de critères définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Enfin, la classification de ces zones devra être révisée tous les cinq ans.

3. L'amélioration de l'articulation entre les différentes composantes de l'offre de soins infirmiers dans les domaines médico-sociaux et ambulatoires

L'article L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit que, pour certains établissements et services médico-sociaux notamment ceux qui accueillent des personnes âgées ou des personnes handicapées, par exemple les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), le préfet de région établit et actualise annuellement un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

Ce programme dresse, pour la part des prestations financée sur décision tarifaire de l'autorité compétente de l'État, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional. Ces priorités sont établies et actualisées sur la base des schémas nationaux, régionaux et départementaux d'organisation sociale et médico-sociale mentionnés à l'article L. 312-5 du même code.

Ces priorités doivent en outre veiller à garantir :

– la prise en compte des orientations fixées par le représentant de l'État en application du sixième alinéa du même article (1°) ;

– un niveau d'accompagnement géographiquement équitable des différentes formes de handicap et de dépendance (2°) ;

– l'accompagnement des handicaps de faible prévalence, au regard notamment des dispositions des schémas nationaux d'organisation sociale et médico-sociale (3°) ;

– « *l'articulation de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale au niveau régional* », pour tenir compte notamment des établissements de santé qui dispensent des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, des soins de suite ou de réadaptation (SSR) ou des soins de longue durée à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien (4°).

Le II du présent article vise à modifier la rédaction de ce 4° de l'article L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles, afin de préciser que

les priorités du programme interdépartemental devra désormais garantir l'articulation de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale au niveau régional, afin non seulement de tenir compte des établissements de santé précités, mais également « *de la densité en infirmiers* » dans les zones de recours aux soins ambulatoires qui seront déterminées par les MRS.

Ces dispositions doivent ainsi permettre de mieux articuler l'ensemble des composantes de l'offre globale de soins infirmiers, en particulier dans le domaine de la prise en charge à domicile. En effet, comme le souligne l'exposé des motifs du projet de loi, « *les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) concourent comme les infirmiers au maintien à domicile ; il serait donc souhaitable que les conditions d'implantation des nouveaux services de soins infirmiers à domicile prennent en compte la présence d'infirmiers libéraux* ».

Le dernier alinéa précise enfin que ces dispositions entreront en vigueur à la même date que les dispositions conventionnelles prises en application du 8° de l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, tel qu'inséré par le I du présent article, concernant la convention nationale des infirmiers.

Article 33

Répartition des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire

Malgré la croissance continue du nombre de médecins en France et la mise en place de dispositifs d'aides à l'installation dans certaines zones déficitaires en offre de soins (sur l'ensemble de ces aides, *cf.* l'encadré présenté dans l'introduction générale du présent rapport), la répartition géographique des médecins continue de se caractériser par l'existence d'importantes inégalités territoriales.

Le présent article propose en conséquence d'inciter les partenaires conventionnels, mais aussi l'ensemble des acteurs concernés, à définir de nouveaux dispositifs afin de remédier à cette situation, source d'inégalités dans l'accès aux soins, et promouvoir ainsi une répartition plus équilibrée des médecins sur l'ensemble du territoire.

Il est proposé pour cela de compléter l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale par un nouvel alinéa (20°) prévoyant que la convention nationale conclue entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats représentatifs des médecins généralistes et spécialistes détermine « *les conditions et les modalités du conventionnement en fonction de la densité de la zone d'exercice* ».

Cette dernière notion renvoie aux zones de recours aux soins ambulatoires définies par le 2° de l'article L. 162-47 du même code, tel que modifié par l'article 32 présent projet de loi (*cf. supra*), qui seront déterminées par les missions régionales de santé (MRS), après avis des représentants des syndicats représentatifs des médecins dans la région, en fonction de critères

démographiques, géographiques, d'activité économique et relatifs à la présence d'infrastructures de transports.

En tout état de cause, l'objectif poursuivi par ces dispositions n'est en aucun cas de remettre en cause le principe de liberté d'installation, mais d'ouvrir une large concertation afin de compléter les dispositifs actuellement prévus pour améliorer la répartition des médecins sur l'ensemble du territoire.

Dans ce sens, il convient en effet de relever que le présent article n'a pas pour effet de modifier la rédaction de l'article L. 162-2 du même code. Celui-ci dispose en effet que, « *dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, "la liberté d'installation du médecin", sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1975.* »

En outre, la définition des modalités de mise en œuvre des dispositions prévues par le présent article ne sera pas limitée aux seuls partenaires conventionnels signataires de la convention nationale des médecins libéraux.

En effet, les adaptations le cas échéant apportées aux règles de conventionnement des médecins et, plus largement, la mise en place de nouveaux dispositifs visant à améliorer leur répartition en fonction des besoins de santé locaux seront précédées, selon l'exposé des motifs du projet de loi, « *d'un large débat préalable qui sera étendu aux internes, aux jeunes professionnels et aux syndicats de médecins* », étant toutefois précisé qu'en cas d'échec de ces négociations, « *le gouvernement sera appelé à agir dans ce domaine* ».

Article 34

Élargissement du dispositif de pénalité financière aux transporteurs sanitaires et aux entreprises de taxis

S'inscrivant dans le prolongement des articles 27 et 43 du projet de loi, dont l'objectif est de mieux maîtriser la croissance des dépenses de transports, le présent article propose d'étendre le dispositif de pénalité financière prévu par l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale aux fournisseurs et prestataires de service, en particulier les transporteurs sanitaires et les entreprises de taxi.

1. Le dispositif actuel

Inséré par l'article 23 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et modifié à deux reprises par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2006 et 2007 ⁽¹⁾, l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité

(1) Cf. l'article 92 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 et l'article 88 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006.

sociale institue une procédure de pénalité financière, dont les principales caractéristiques sont les suivantes.

La sanction est tout d'abord encourue en cas « *d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale (...) ayant abouti à une demande de remboursement ou de prise en charge ou à un remboursement ou à une prise en charge indus* » ainsi qu'en cas de refus par les professionnels de santé de reporter dans le dossier médical personnel (DMP) les éléments issus de chaque acte ou consultation ou encore en l'absence de déclaration par les assurés d'un changement dans la situation justifiant le service de ces prestations.

Ce dispositif est applicable aux professionnels de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), aux employeurs ainsi qu'aux assurés sociaux. Tel n'est cependant pas le cas pour les transporteurs sanitaires, aux taxis et aux fournisseurs et prestataires de service, puisque la notion de « professionnels de santé », au sens du code de la santé publique, désigne uniquement les professionnels et les auxiliaires médicaux ainsi que les pharmaciens.

La pénalité est prononcée par le directeur de la caisse d'assurance maladie, après avis d'une commission constituée au sein du conseil de cet organisme. Lorsque la pénalité envisagée concerne un professionnel de santé, des représentants de la même profession participent à la commission. Il en va de même lorsqu'elle concerne un établissement de santé ou un EHPAD, des représentants au niveau régional des organisations nationales représentatives des établissements participant alors à la commission. Cette commission apprécie la responsabilité de l'assuré, de l'employeur, du professionnel de santé de l'établissement de santé ou de l'EHPAD dans l'inobservation des règles du code de la sécurité sociale.

Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, celui-ci ayant été fixé à 2 682 euros pour 2007 par un arrêté du ministre de la santé et des solidarités en date du 15 novembre 2006. Le montant de la pénalité est par ailleurs doublé en cas de récidive.

Afin d'assurer le caractère contradictoire de la procédure, il est également prévu que la caisse d'assurance maladie notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne ou l'établissement en cause afin qu'il puisse présenter leurs observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. À l'issue de ce délai, la caisse d'assurance maladie prononce la pénalité et la notifie à l'intéressé en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter. La mesure prononcée doit être motivée et peut être contestée devant le tribunal administratif.

Le déroulement de la procédure, la composition de la commission devant donner un avis au directeur préalablement au prononcé de la pénalité, la nature des

fait pouvant motiver l'application de ces dispositions ainsi que l'échelle des pénalités ont été précisées par le décret n° 2005-1016 du 23 août 2005.

Selon un premier bilan publié récemment par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), 48 pénalités financières ont ainsi été prononcées en 2006.

Un premier bilan des pénalités financières prévues par la loi du 13 août 2004

« En 2006, les caisses d'assurance maladie ont déclenché 1 291 procédures de pénalités financières qui ont débouché sur l'envoi de lettres de mise en garde. 48 pénalités financières ont également été prononcées dans le même temps. Les 1 291 lettres de mise en garde envoyées par les caisses ont concerné : 1 049 professionnels de santé, 239 assurés et 3 employeurs. Sur les 48 pénalités financières prononcées : 36 concernent des assurés, 11 des professionnels de santé, 1 un employeur. Le montant de ces pénalités s'élève à 65 592 euros pour l'ensemble des acteurs (...).

Quels sont les motifs à l'origine des pénalités financières ?

– Pour les professionnels de santé : sur les 11 pénalités prononcées, 8 se rapportaient au programme national de contrôle sur les prescripteurs excessifs en matière d'utilisation de l'ordonnancier bizonne.

– Pour les employeurs : la pénalité prononcée concernait la production d'une fausse attestation de salaire.

– Pour les assurés : la moitié des assurés concernait des fausses déclarations de ressources pour obtenir des fonds de solidarité invalidité. »

Source : communiqué de presse de la CNAMTS du 5 juillet 2007

2. Les dispositions prévues par le projet de loi

Le 1° du présent article a pour objet de modifier la rédaction de la première phrase de l'article L. 162-1-14 précité afin d'étendre la procédure de pénalité financière aux « fournisseurs » et aux « autres prestataires de services ». Cela permet, entre autres, d'inclure dans le dispositif à la fois les transporteurs sanitaires et les entreprises de taxis et ainsi de donner la possibilité aux caisses de d'assurance d'élargir leurs moyens d'actions par ces pénalités, dont l'efficacité est tout autant dans l'effet de dissuasion qu'elles induisent que, le cas échéant, dans la sanction de comportements abusifs, par exemple en cas d'anomalies de facturation ou si le véhicule utilisé ne correspond pas au mode de transport prescrit.

Par coordination, les 2° et 3° du présent article complètent les deuxième et quatrième phrases du premier alinéa ainsi que l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-1-14 afin de soumettre les fournisseurs et autres prestataires de services à un régime juridique en tous points identique à celui applicable aujourd'hui aux assurés, aux professionnels et aux établissements susmentionnés.

Création d'une franchise sur les médicaments, les transports et les actes paramédicaux

Afin de permettre le financement des nouveaux besoins prioritaires de santé publique que sont la maladie d'Alzheimer, les soins palliatifs et le cancer, cet article prévoit l'instauration d'une franchise sur les médicaments, les transports sanitaires et les actes paramédicaux, et modifie en conséquence les dispositions relatives aux contrats d'assurance maladie complémentaire, dits « responsables ».

1. Le champ d'application de la franchise

Le 1^o du **I** du présent article a pour objet de modifier la rédaction de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale relatif à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations et à la participation forfaitaire de un euro pour chaque consultation.

Le premier alinéa de ce paragraphe prévoit tout d'abord qu'en sus du ticket modérateur prévu par le même article L. 322-2, une « *franchise annuelle* » sera laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants pris en charge par l'assurance maladie :

– les médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2 (spécialités pharmaceutiques), L. 5121-1 (définissant plusieurs catégories de médicaments, notamment homéopathiques) et L. 5126-4 du code de la santé publique (médicaments que certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur sont autorisés à vendre au public), à l'exception cependant de ceux qui sont délivrés au cours d'une hospitalisation ;

– les actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé sauf, là encore, si les actes sont pratiqués au cours d'une hospitalisation. Conformément aux dispositions prévues par le code de la santé publique⁽¹⁾, le terme d'auxiliaires médicaux regroupe différentes professions, notamment les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures podologues, les orthophonistes et orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les prothésistes ou encore les diététiciens ;

– les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des « *transports d'urgence* », c'est-à-dire, selon les informations communiquées par le ministère de la santé, les transports tels que les services d'aide médicale d'urgence (SAMU) et les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), qui font l'objet d'une régulation préalable par le centre 15.

Selon l'exposé des motifs du projet de loi, « *dans un souci de responsabilisation et d'efficience de notre dépense de santé, les champs de la*

(1) Cf. les dispositions prévues par le livre III, « Auxiliaires médicaux », de la quatrième partie relative aux professions de santé du code de la santé publique.

franchise correspondent aux champs de dépenses parmi les plus dynamiques, sans que la santé y trouve son compte ».

Conformément au cinquième alinéa de ce nouveau paragraphe, la franchise sera d'un montant forfaitaire qui pourra différer selon les produits ou prestations de santé susmentionnés. Ainsi, si le présent article mentionne une franchise « *annuelle* », dont le montant est « *forfaitaire* », il s'agit plus exactement d'une participation d'un montant fixe pour chacun des actes et produits définis plus haut, qui sera plafonnée annuellement (*cf. infra*).

Comme l'a déjà annoncé le gouvernement, le montant de la franchise sera fixé par voie réglementaire à 50 centimes d'euro par boîte de médicament et par acte paramédical et à 2 euros par transport.

À cet égard, il convient de rappeler que le Conseil constitutionnel a considéré, dans sa décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004 sur la loi relative à l'assurance maladie, qu'il était loisible au législateur « *afin de satisfaire à l'exigence de valeur constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale, de faire supporter aux assurés sociaux une participation forfaitaire pour les actes ou consultations pris en charge par l'assurance maladie ; qu'en instituant une participation de caractère forfaitaire, le législateur n'a pas méconnu le principe d'égalité* », en ajoutant par ailleurs qu'« *en déléguant au pouvoir réglementaire la fixation du montant de la participation forfaitaire, le législateur n'a pas méconnu l'article 34 de la Constitution* ».

Le Conseil constitutionnel a cependant émis une réserve d'interprétation concernant le montant de cette participation, dont il a indiqué qu'il devait être fixé à un niveau tel que ne soient pas remises en cause les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, aux termes duquel « *la Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* ».

Un double mécanisme de plafonnement de la franchise est par ailleurs institué.

– En premier lieu, le montant cumulé de celle-ci ne pourra excéder un montant annuel, dont le gouvernement a annoncé qu'il serait fixé à 50 euros.

– En second lieu, il est prévu un plafonnement de la franchise, dont le montant sera fixé par voie réglementaire, lorsque plusieurs actes paramédicaux sont effectués au cours d'une même journée sur le même patient. Tel sera également le cas pour les transports.

Si l'assuré bénéficie du tiers payant, l'avant-dernier alinéa de ce paragraphe précise que les sommes dues au titre de la franchise pourront être versées directement par l'assuré à la caisse d'assurance maladie dont il relève ou être prélevées sur ses remboursements ultérieurs. En conséquence, le même alinéa dispose qu'il pourra être dérogé à l'article L. 133-3 du même code, aux termes

duquel « *les organismes de sécurité sociale sont autorisés à différer ou à abandonner la mise en recouvrement ou en paiement de leurs créances ou de leurs dettes à l'égard des cotisants ou des assurés ou des tiers en deçà des montants et dans des conditions fixés par décret.* »

Le dernier alinéa du nouveau paragraphe III de l'article L. 322-2 prévoit enfin que les modalités d'application de celui-ci seront définies par décret.

Complétant l'article L. 322-4 du même code, le 2° du I du présent article a pour objet d'exonérer de la franchise les mineurs ainsi que les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé (CMUc). Il résulte par ailleurs de l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale, dont la rédaction n'est pas modifiée par le présent article, que les femmes enceintes bénéficiaires de l'assurance maternité seront également dispensées de cette franchise. Au total, plus de 15 millions d'assurés devraient ainsi en être exonérés.

En revanche, le 3° du I du présent article prévoit que le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle assure à ses bénéficiaires des prestations servies en complément de celles du régime général pour couvrir tout ou partie de la participation laissée à la charge de l'assuré, à l'exception de la participation forfaitaire d'un euro pour chaque consultation mais aussi de la franchise.

De la même façon, le 4° prévoit que les dispositions relatives à la franchise sont applicables aux bénéficiaires du livre IV du code de la sécurité sociale relatif aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, en modifiant dans ce sens la rédaction de l'article L. 432-1 du même code.

Enfin, le 5° du I du présent article a pour objet de préciser que la franchise s'applique également, dans les mêmes conditions, aux assurés qui relèvent de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 du même code.

Le champ des exonérations prévues pour la franchise est ainsi identique à celui prévu pour la participation forfaitaire d'un euro instituée, pour chaque consultation, par le II de l'article L. 322-2.

2. Les conditions de prise en charge de la franchise par les organismes d'assurance maladie complémentaire

En application de l'article 27 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, dont les dispositions ont été codifiées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, le maintien des avantages sociaux et fiscaux associés aux contrats d'assurance maladie complémentaire (exonération de la taxe spéciale sur les assurances, exonérations sociales et fiscales des contrats en entreprises) est subordonné au respect de certaines règles de prise en charge (contrats dits « responsables »).

Ces règles, qui ont été précisées par le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 ⁽¹⁾, prévoient notamment la prise en charge totale ou partielle des prestations liées à la prévention ainsi que l'exclusion de la prise en charge de la majoration de la participation de l'assuré appliquée en cas de non-respect du parcours de soins et de la participation forfaitaire d'un euro pour chaque consultation.

Il convient toutefois d'observer que cette interdiction de prise en charge de la contribution d'un euro ne figure pas à l'article L. 871-1 précité, qui définit le contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide, mais qu'en revanche il y est fait référence aux articles 83 et 996 du code général des impôts, qui précisent les avantages fiscaux associés aux contrats responsables.

S'agissant par ailleurs de la franchise, l'exposé des motifs du projet de loi rappelle qu'elle pourra être prise en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaire mais qu'« *eu égard au caractère spécifique de ce dispositif et à la volonté de responsabilisation des assurés qui en fonde la mise en place, il ne semble pas souhaitable d'ouvrir à ces contrats l'ensemble des avantages fiscaux qui soutiennent le développement de l'assurance complémentaire santé* ».

C'est pourquoi le **II** du présent article prévoit d'inscrire l'exclusion de la prise en charge de la participation forfaitaire d'un euro et de la franchise parmi les règles que doivent respecter les contrats responsables, en modifiant dans ce sens la rédaction de l'article L. 871-1 précité (le b du 3° du A du II).

Le 1° du A procède aux adaptations rédactionnelles induites par cette intégration, en modifiant la rédaction de l'article L. 242-1 du même code concernant l'exclusion de l'assiette des cotisations sociales des contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance, à la condition que les garanties de ces contrats ne couvrent pas la participation de un euro « *ou la franchise annuelle* ».

Le 2° du A procède également à une modification de cohérence de l'article L. 863-6 du même code relatif au crédit d'impôt prévu dont bénéficient les organismes complémentaires dans le cadre du dispositif d'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

Le a du 3° du A modifie la rédaction de l'article L. 871-1 précité par coordination avec les dispositions introduites au 2° du B du II du présent article (*cf. infra*).

Le B du II du présent article modifie la rédaction des dispositions du code général des impôts relatives aux avantages fiscaux associés aux contrats responsables.

(1) Décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 relatif au contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide et modifiant le code de la sécurité sociale.

Le 1° du B tire les conséquences de l'inscription de l'exclusion de la prise en charge de la participation d'un euro et de la franchise parmi les règles que doivent respecter les contrats responsables – ce principe figurant désormais à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale – et supprime de ce fait la référence à la participation d'un euro.

Modifiant la rédaction de l'article 995 du code général des impôts, le 2° du B permet par ailleurs d'étendre les règles des contrats responsables conditionnant l'exonération de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance aux contrats passés pour les personnes exerçant une activité agricole, alors que ces règles ne leur étaient pas applicables jusqu'ici.

Le C du II du présent article prévoit que les dispositions des A et B relatives aux contrats responsables s'appliquent aux garanties nouvelles, reconduites ou en cours au 1^{er} janvier 2008. En d'autres termes, selon les informations communiquées par le ministère de la santé, ce paragraphe pose le principe selon lequel l'ensemble de ces règles s'applique à tous les contrats.

Toutefois, s'agissant des nouvelles dispositions relatives aux contrats passés pour les personnes exerçant une activité agricole (a du 3° du A et 2° du B du II), il est prévu qu'elles ne s'appliquent au 1^{er} janvier 2008 qu'aux garanties nouvelles ou reconduites, et non pas aux contrats en cours.

Enfin, le **III** du présent article prévoit qu'à titre transitoire, et pour une durée maximum d'un an à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, les dispositions relatives au plafonnement journalier s'appliquent uniquement pour les actes ou transports réalisés par un même professionnel. Selon les informations communiquées par le ministère de la santé, il s'agit de prendre en compte les délais nécessaires à la mise en place par les caisses d'assurance maladie des modalités de décompte journalier de la franchise par patient.

Le rendement de la franchise en année pleine est estimé à 850 millions d'euros par le gouvernement.

Article 36

Dossier médical personnel

Cet article vise à aménager et à favoriser les conditions de mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP), dont l'instauration est prévue par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, à travers principalement la création d'un portail d'accès unique.

1. La création d'un portail du dossier médical personnel (DMP)

Le **I** de cet article propose d'insérer un nouvel article L. 161-36-3-1 dans la section du code de la sécurité sociale relative au DMP.

Son premier alinéa prévoit la création d'un service unique d'accueil dématérialisé, dit « *portail du DMP* », destiné aux bénéficiaires de l'assurance maladie et aux professionnels de santé.

Le deuxième alinéa de cet article précise qu'outre ses missions d'information générale, ce portail internet sera chargé d'assurer un service de gestion permettant aux bénéficiaires de l'assurance maladie de :

- choisir leur hébergeur de données de santé à caractère personnel ;
- gérer leur DMP, c'est-à-dire procéder à l'ouverture du dossier, le consulter et, le cas échéant, le compléter par des informations qu'ils souhaiteraient faire figurer dans la rubrique « personnel » qu'il pourrait comporter ;
- gérer les droits d'accès des professionnels de santé.

Ce portail sera chargé de garantir « *la traçabilité des accès* », c'est-à-dire de vérifier que chaque personne consultant un DMP y a été dûment autorisée par son titulaire, ainsi que « *l'intégrité des transferts* » de DMP entre les hébergeurs, en d'autres termes de vérifier que le fichier informatique correspondant à ce dossier n'a pas été altéré et, par exemple, qu'il conserve bien le même poids lorsqu'un assuré change d'hébergeur.

S'il est également prévu que le portail du DMP assure « *l'intégrité, la sécurité et la confidentialité des données* », il convient cependant de souligner qu'en aucune façon, il ne sera appelé à connaître du contenu des DMP, puisqu'il s'agit uniquement d'une plate-forme visant, en quelque sorte, à donner un « jeton d'accès » au DMP aux assurés ou aux professionnels de santé, après le contrôle de leur identification et de leur droit d'accès suivant une procédure sécurisée.

Il est également indiqué que ce portail, ou plus exactement, l'organisme qui en sera le gestionnaire, aura la possibilité de produire « *les statistiques nécessaires à l'évaluation de ce service* ». Selon les informations communiquées par le gouvernement, il s'agit uniquement par ces dispositions de permettre la réalisation de statistiques de suivi de l'activité du portail, concernant par exemple l'évolution du nombre de dossiers ouverts.

L'avant-dernier alinéa prévoit également la possibilité de mettre les fonctions offertes par ce portail à la disposition d'autres « *organismes assurant des missions de partage et d'échange de données personnelles de santé* », dont la liste sera arrêtée par le ministre chargé de la santé.

L'objectif ainsi poursuivi est de permettre à des structures, telles que des réseaux de santé, d'utiliser ce portail pour la gestion de leurs dossiers professionnels, par exemple le dossier communiquant en cancérologie, « *afin de permettre aux patients, aux professionnels et aux établissements de santé de bénéficier d'un point de passage unique pour l'ensemble des données partagées* »

selon l'exposé des motifs du projet de loi, qui fait également valoir les « *économies d'échelle importantes* » escomptées par cette mutualisation des moyens.

Le dernier alinéa pose enfin l'interdiction pour l'administrateur du portail d'accéder aux informations contenues dans le DMP, ces dispositions étant parfaitement cohérentes avec les articles L. 161-36-1 et suivants du même code, qui définissent précisément les conditions d'accès au DMP mais aussi, plus largement, avec le respect du secret médical.

2. Les conditions de masquage des données figurant dans le DMP

Le **II** du présent article tend à modifier l'article L. 131-6-4 du code de la sécurité sociale relatif aux modalités d'application des dispositions relatives au DMP sur les deux points suivants.

Le 1° abroge tout d'abord les dispositions qui faisaient référence au Conseil supérieur des professions paramédicales (CSPPM), puisque cette instance a été supprimée par la loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers.

Dans le prolongement des recommandations du rapport de M. Pierre-Louis Fagniez sur le masquage des données ⁽¹⁾ et afin de garantir le droit au respect de la vie privée du patient, le 2° du **II** prévoit, d'autre part, qu'un décret en Conseil d'État définisse les conditions dans lesquelles « *certaines informations peuvent être rendues inaccessibles* » par le titulaire du DMP ou son représentant légal.

3. Le champ d'attribution de l'identifiant de santé

Inséré par la loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé ⁽²⁾, l'article L. 1111-8-1 du code de la santé publique prévoit l'utilisation d'un identifiant de santé pour la conservation, l'hébergement et la transmission des informations de santé, ainsi que pour l'ouverture et la tenue du DMP et du dossier pharmaceutique.

Le choix de cet identifiant ainsi que ses modalités d'utilisation seront déterminées par un décret, actuellement en cours de préparation.

Le **III** du présent article a pour objet de modifier la rédaction de cet article L. 1111-8-1 afin de préciser que l'utilisation de cet identifiant de santé concerne uniquement les « *bénéficiaires de l'assurance maladie* », et non pas l'ensemble des « *personnes* » prises en charge par un professionnel ou un établissement de santé ou dans le cadre d'un réseau de santé.

(1) Rapport au ministre de la santé et des solidarités de M. Pierre-Louis Fagniez, « *Le masquage d'informations par le patient dans son DMP* », 30 janvier 2007.

(2) Article 25 de la loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique.

4. La suppression des dispositions relatives au DMP introduites par la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable

Le **IV** du présent article permet de corriger la rédaction des dispositions issues de l'article 35 de la loi du 5 mars 2007 instituant un droit opposable au logement, résultant de l'adoption d'un amendement parlementaire visant à lutter contre toute forme de discrimination pour l'obtention d'un logement, en étendant la liste des documents qu'il est interdit aux bailleurs de demander à des candidats locataires, en amont de la signature du bail.

Or, telles qu'elles étaient rédigées, ces dispositions auraient pu avoir pour effet de permettre à un bailleur d'accéder au DMP du candidat à la location « *en cas de demande de logement adapté ou spécifique* » pour une personne présentant un handicap. Dès le mois d'avril 2007, le gouvernement avait annoncé son intention de corriger la rédaction de ces dispositions, manifestement incompatibles avec le respect du secret médical comme avec les principes fondamentaux posés par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

C'est pourquoi il est proposé de supprimer l'exception faite à l'interdiction pour le bailleur d'accéder au DMP en cas de demande de logement spécifique ou adapté, dans l'article 22-2 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs.

Article 37

Dispositions diverses visant à l'harmonisation des prestations de maladie et de maternité entre les différents régimes de sécurité sociale

Cet article comporte différentes dispositions concernant les prestations de l'assurance maladie et de l'assurance maternité des différents régimes de sécurité sociale.

Le **I** introduit un nouvel article L. 172 dans le code de la sécurité sociale visant à mettre en œuvre un mécanisme global de coordination interrégimes pour les régimes d'assurance maladie et maternité. Jusqu'ici, des dispositions partielles existaient pour le risque maladie-maternité comme par exemple un mécanisme de coordination entre le régime général et les régimes spéciaux (art. D. 172-1 à D. 172-10 du même code).

Cet article a une portée particulièrement extensive puisqu'il vise à instaurer un principe de coordination entre tous les régimes obligatoires de sécurité sociale y compris ceux relevant du code rural (régime des salariés agricoles et régime des exploitants agricoles).

Ce principe de coordination permet, pour apprécier les conditions d'ouverture de droits aux prestations en nature et en espèces, de prendre en compte les périodes d'affiliation, d'immatriculation, de cotisation ou de travail effectuées quel que soit le régime d'affiliation.

Un décret en Conseil d'État, précisera les règles relatives à la charge et au service des prestations afin de déterminer concrètement quel sera le régime responsable du versement des prestations, comment sera répartie la charge des prestations entre les différents régimes auxquels l'assuré a été successivement affilié et comment pourront se cumuler les périodes d'ouverture de droits dans les différents régimes d'affiliation.

Cette mise en œuvre du principe de coordination en matière d'assurance maladie et maternité entre l'ensemble des régimes de sécurité sociale représentera un grand progrès, notamment pour les assurés connaissant une forte mobilité professionnelle les amenant à changer fréquemment de régime social d'affiliation, car elle évitera à certains assurés de ne pouvoir bénéficier de certaines prestations (l'indemnisation des périodes d'arrêt de travail est souvent soumise à une durée d'affiliation supérieure à celle nécessaire pour bénéficier du remboursement des frais médicaux) faute d'une ancienneté suffisante dans leur dernier régime d'affiliation.

Avec ce principe général de coordination des régimes sociaux pour l'assurance maladie et maternité la législation française de sécurité sociale ne sera plus en décalage avec le droit communautaire, qui prévoit une coordination de l'ensemble des régimes légaux obligatoires des pays de l'Union européenne au bénéfice des travailleurs migrants (articles 18 et 38 du règlement européen n° 1408/71 du 14 juin 1971).

Le **II** améliore le congé de maternité des femmes chefs d'entreprise relevant à titre personnel du régime social des indépendants.

Actuellement ces femmes bénéficient, d'une part, d'une allocation forfaitaire de repos maternel destinée à compenser partiellement la diminution de leur activité professionnelle du fait de leur grossesse qui est versée pour moitié au septième mois de grossesse et pour moitié après l'accouchement (montant 2 682 euros) et, d'autre part, d'une indemnisation forfaitaire lorsqu'elles cessent totalement leur activité professionnelle.

Jusqu'à présent la seule obligation qui incombe à ces femmes est de cesser leur activité au minimum trente jours dans un délai compris dans les trente jours précédant la date présumée de l'accouchement et les trente jours qui suivent l'accouchement. Elles ont d'ailleurs la possibilité de prolonger la durée de leur congé de maternité par une ou deux période de quinze jours consécutifs, l'indemnisation passant ainsi de 1 431 euros pour un congé de trente jours à 2 682 euros pour un congé de soixante jours (art. D. 615-4-2 du code de sécurité sociale).

Afin de rapprocher le régime de congé de maternité des travailleuses indépendantes de celui des salariées, ce paragraphe crée l'obligation d'un repos prénatal en précisant, dans l'article L. 613-19 du code de la sécurité sociale que les travailleuses non salariées reçoivent une indemnité journalière forfaitaire lorsqu'elles cessent toute activité professionnelle « *pendant une durée minimale, dont une partie doit immédiatement précéder la date présumée de*

l'accouchement ». Selon l'exposé des motifs, un texte réglementaire devrait fixer à quatorze jours la durée du congé prénatal. L'impact financier de cette mesure est évalué à 6,21 millions d'euros et elle devrait être financée par une augmentation du taux de cotisation d'assurance maladie-maternité de 0,015 point portant le taux à 6,515 %.

Le **III** vise à harmoniser les conditions de durée du congé maternité applicable aux femmes chef d'exploitation agricole ou associées d'exploitation à celles applicables aux salariées relevant du régime général de sécurité sociale.

Les agricultrices bénéficient au titre de l'assurance maternité du régime des non-salariés agricoles d'une allocation de remplacement destinée à permettre de les remplacer sur l'exploitation en cas de maternité ou d'adoption.

Pour bénéficier de cette allocation l'agricultrice doit cesser effectivement toute activité sur l'exploitation pendant au moins deux semaines comprises dans une période commençant six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se terminant dix semaines après celui-ci, cette dernière limite étant prolongée en cas de complications médicales lors de l'accouchement.

La durée maximale de perception de l'allocation de remplacement est de seize semaines pour un congé normal de maternité et sa durée est augmentée en cas de grossesse pathologique, de naissance multiples ou de naissance prématurée (art. R. 732-17 et R. 732-19 du code rural).

L'agricultrice doit également être effectivement remplacée dans les travaux qu'elle effectue soit par un remplaçant mis à disposition par un groupement d'employeurs spécialement conventionné par la caisse de mutualité agricole soit par une personne salariée spécialement recrutée à cette fin.

Pour procéder à cette harmonisation avec les dispositions du régime général, ce paragraphe procède à la réécriture de l'article L. 732-12 du code rural.

Le premier alinéa de l'article L. 732-12 reprend les dispositions applicables actuellement : un décret en Conseil d'État détermine les mesures d'application des articles L. 732-10 qui traite de l'allocation de remplacement pour les agricultrices alors que l'article L. 732-11 est relatif aux agricultrices en situation de pluriactivité, l'allocation de remplacement étant alors calculée au prorata de l'activité agricole à temps partiel. Ce décret précise également la durée maximale d'attribution de cette allocation, notamment lorsque l'accouchement a lieu plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant.

La véritable novation figure au deuxième alinéa de l'art L. 732-12 avec l'affirmation du principe d'alignement sur la durée du congé maternité applicable aux assurées du régime général : « *Les durées maximales d'attribution de l'allocation de remplacement sont équivalentes aux périodes pendant lesquelles*

les salariées reçoivent une indemnité journalière de repos en application des articles L. 331-3 et L. 331-4 du code de la sécurité sociale. ».

Le troisième alinéa de cet article représente un autre progrès pour les agricultrices puisqu'en cas d'adoption la durée maximale d'attribution de l'allocation sera alignée sur celles prévues à l'article L. 331-7 du code de la sécurité sociale pour les assurées du régime général : par exemple une durée de dix semaines pour l'adoption d'un seul enfant alors que les dispositions actuelles du code rural sont moins favorables, la durée maximale étant égale à la moitié de celle qui est prévue en cas de maternité, soit en l'occurrence huit semaines.

Le **IV** améliore également la protection sociale des exploitantes agricoles en prévoyant de les faire bénéficier d'une disposition introduite par l'article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 (loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004) qui prévoit que les femmes salariées dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition au diéthylstilbestrol (DES) *in utero* bénéficient, dès le premier jour d'arrêt de travail, d'un congé de maternité dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Ce paragraphe complète donc l'article L. 732-10 du code rural pour prévoir que l'allocation de remplacement est accordée aux femmes qui ont été exposées à ce risque, dès le premier jour de leur arrêt de travail. Un décret devra préciser les modalités d'application de cette disposition.

Le **V** procède à la réécriture du 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale qui définit les critères permettant à un assuré souffrant d'une pathologie grave, qui ne figure pas sur la liste des affections de longue durée, d'être exonéré du ticket modérateur.

Un bref historique des modalités de prise en charge de ces malades atteints de lourdes pathologies fréquemment dénommées « affections de longue durée hors liste » par opposition aux assurés atteints d'une des affections de longue durée figurant sur la liste définie à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale, permettra de comprendre la nécessité de donner une nouvelle définition législative à la notion d'affection de longue durée hors liste (ALD hors liste).

La législation relative à la prise en charge des ALD hors liste (4° de l'art. L. 322-3) n'a pas évolué depuis 1968 et ne comporte pas de décret d'application pourtant prévu par la législation. En effet, le décret d'application de la loi pris en 1969, modifié par le décret du 20 janvier 1980, a été abrogé car il comportait des mesures inflationnistes pour l'assurance maladie (l'exonération jouait au delà d'un seuil de reste à charge de 80 francs) .

Le gouvernement a pris deux arrêtés le 7 septembre 1988, l'un concernant le régime général des salariés, l'autre concernant le régime d'assurance maladie des non salariés non agricoles, afin de pallier le vide juridique né de cette abrogation du décret de 1980. Ces textes, toujours en vigueur, prévoient le financement des ALD hors liste par le fonds national d'action sanitaire et sociale

(arrêtés modifiant le règlement intérieur des caisses primaires d'assurance maladie – RICP). Ils fixent les critères suivants :

– l'affection considérée ne doit pas figurer sur la liste des ALD 30 (prévue au 3° de l'article L. 322-3) ;

– elle doit être reconnue par le contrôle médical comme grave et présentant une forme évolutive ou invalidante ;

– elle doit nécessiter un traitement prolongé, d'une durée prévisible supérieure à six mois.

Ces critères correspondent à la pratique des médecins conseils des caisses et ont une acception du champ de prise en charge plus restrictive que celui de la loi.

Par décision du 7 juillet 2004, le Conseil d'État, constatant l'absence de disposition réglementaire pour l'application du 4° de l'article L. 322-3, a demandé au gouvernement de prendre un décret d'application de cette disposition législative. À la demande de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), et dans un souci d'efficacité du dispositif pour les médecins conseils, il est apparu nécessaire de reprendre dans le projet de décret, d'une part les critères de la loi, d'autre part les critères de gravité, d'évolutivité et le caractère invalidant fixés par les arrêtés de 1988.

En octobre 2006, lors de l'examen du projet de décret, le Conseil d'État s'est opposé à la rédaction proposée par le gouvernement au motif que le décret ne pouvait pas définir des critères sur lesquels le service du contrôle médical pourrait se fonder pour prendre sa décision, au motif que les conditions d'exonération du ticket modérateur ne peuvent relever que de la loi.

La difficulté actuelle réside dans le fait que les critères fixés par la loi et ceux mentionnés par les arrêtés de 1988 précités (repris aux articles 71-4 et 71-4-1 du Règlement intérieur des caisses primaires – RICP) ne sont pas identiques. Ainsi, dans le RICP, il n'est pas fait référence à la notion de coût du traitement. En revanche, le RICP définit les notions de durée (soins de plus de six mois) et les critères médicaux (forme évolutive ou invalidante d'une affection grave caractérisée ou plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant).

La nouvelle rédaction vise donc à maintenir dans le champ de la prise en charge les bénéficiaires actuels du dispositif des ALD hors liste tout en recherchant les critères adéquats pour répondre aux impératifs de durée et de coût du traitement fixés par le législateur. Elle permettra aussi de faire prendre en charge ces dépenses au titre des prestations légales.

Afin de clarifier les deux aspects caractérisant l'affection de longue durée : une pathologie grave et invalidante qui comporte des implications économiques,

c'est-à-dire un traitement prolongé et coûteux, la nouvelle rédaction du 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale précise que les deux conditions doivent être cumulativement remplies pour bénéficier du régime des ALD hors liste :

« a) *Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;*

« b) *Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;* ».

Il convient de rappeler que la Haute autorité de santé (HAS), dans un avis du 24 novembre 2005 sur les maladies rares, a souligné la difficulté d'un traitement équitable des malades atteints de maladies graves et invalidantes ne figurant pas sur la liste des affections de longue durée. Elle a d'ailleurs préconisé la création d'un comité national interrégimes *ad hoc* dont la mission serait d'être un centre d'expertise pour éclairer les médecins-conseils sur la spécificité de certaines pathologies et d'élaborer des protocoles nationaux sur chaque maladie rare afin d'harmoniser les critères pour accorder des prises en charge à 100 % au titre des affections de longue durée hors liste.

Article 38

Déclaration des produits et prestations remboursables

Cet article a pour objet de réécrire l'ensemble de l'article L. 165-5 du code de la sécurité sociale qui figure dans la sous-section « *Conditions de prise en charge* », de la section I (« *Dispositions générales relatives aux fournitures et appareils pris en charge au titre des prestations sanitaires* ») du chapitre V (« *Dispositif médicaux à usage individuel* ») du titre VI (« *Dispositions relatives aux prestations et aux soins – contrôle médical – Tutelle aux prestations sociale* ») du livre I du code de la sécurité sociale (« *Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base* »). Il vise à renforcer les obligations de déclaration à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) qui incombent aux fabricants et distributeurs de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et à les assortir désormais de sanctions financières en cas d'inexécution, ce qui devrait à la fois faciliter une meilleure connaissance de ce marché en forte croissance et offrir les conditions d'une régulation efficace.

Les produits et prestations remboursables mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale recouvrent une large gamme de produits et prestations :

- les dispositifs médicaux à usage individuel ;
- les tissus et cellules issus du corps humain et leurs dérivés ;

- les prestations de service et d’adaptation associées ;
- les produits de santé autres que les médicaments visés à l’article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

Il s’agit ainsi d’un champ très large allant par exemple des défibrillateurs ou des véhicules pour personnes handicapées aux pansements en passant par des greffons d’origine humaine.

Ces produits sont pris en charge par la sécurité sociale sous réserve d’être inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR).

Aujourd’hui, les fabricants et distributeurs de produits et prestations disposent de deux modes d’inscription sur cette liste qui répertorie en outre la codification des produits et prestations qui y figurent : l’inscription sous description générique et l’inscription sous nom de marque.

Dans le cas d’une inscription sous forme générique, les entreprises qui fabriquent et distribuent les produits et prestations les inscrivent elles-mêmes (« auto-inscription »). Concrètement, elles apposent sur leurs produits une étiquette faisant état de son remboursement par la sécurité sociale dès lors qu’elles estiment que ceux-ci répondent à une description générique mentionnée sur la liste. Une description générique représente un ensemble de produits ou prestations ayant des caractéristiques communes qui ont la même indication médicale et remplissent la même fonction. Un type de produit est indiqué avec un code générique pouvant correspondre éventuellement à un grand nombre de marques et donc d’entreprises. Dans ce cas, un même code correspond à une ligne générique et donc à plusieurs produits. Les produits ou prestations regroupés sous une même ligne générique sont remboursés par l’assurance-maladie sur la base d’un tarif unique. La liste des produits et prestations compte actuellement plus de 3 100 de ces descriptions.

Dans le second cas d’une inscription sous nom de marque, chaque produit reçoit un code spécifique. Pour ces lignes non génériques, le produit doit être nommément inscrit pour pouvoir être pris en charge et cette procédure est à l’initiative du fabricant. Chaque produit inscrit sous nom de marque possède alors son propre code.

Le secteur des dispositifs médicaux est un secteur qui connaît depuis plusieurs années une forte croissance (+ 6 % en 2006) mais pour lequel les dispositifs de régulation des dépenses sont encore assez lacunaires, du fait notamment de la méconnaissance des entreprises qui commercialisent ces produits remboursés par l’assurance maladie.

- *Les obligations actuelles de déclaration restent limitées et peu opérantes*

L’article L. 165-5 du code de la sécurité sociale dispose en effet aujourd’hui que les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux à usage

individuel, de tissus et cellules issus du corps humains et de certains produits de santé dont la liste est fixée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale sont tenus de déclarer le volume vendu et le chiffre d'affaires correspondant aux ventes réalisées en France de ces produits pris en charge par l'assurance maladie.

Actuellement, cette déclaration n'incombe qu'aux entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes afférent aux ventes en France est supérieur à 760 000 € et elle doit être effectuée chaque année à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), établissement public de l'État placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé qui s'est substitué depuis mars 1999 à l'Agence du médicament. Une copie de cette déclaration est adressée simultanément au Comité économique des produits de santé (CEPS).

Le système actuel présente certaines lacunes. En effet, il ne permet pas de savoir, pour les produits ou prestations inscrits sous ligne générique, quelle est l'entreprise qui les commercialise. En outre, l'obligation de déclaration des ventes auprès de l'AFSSAPS, qui permet en théorie de connaître la liste des entreprises qui fabriquent et distribuent ce type de produits et prestations, n'est aujourd'hui assortie d'aucune sanction si bien qu'elle se révèle être en pratique très peu respectée. Les industries concernées, dont beaucoup sont des petites et moyennes entreprises (PME), soutiennent en effet qu'il leur est très difficile de répondre correctement à cette obligation du fait de l'hétérogénéité des produits de la liste et de leurs règles comptables.

- *Les modifications proposées*

L'article 38 du présent projet de loi procède à une réécriture globale de l'article L. 165-5 du code de la sécurité sociale.

L'obligation de déclaration auprès de l'AFSSAPS des produits et prestations visées à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est maintenue mais elle significativement étendue dans son périmètre et modifiée dans ses modalités.

L'obligation de déclaration des produits et prestations est tout d'abord étendue à tous les fabricants et distributeurs sans condition de chiffre d'affaires minimum.

D'autre part, la déclaration ne concerne désormais plus les volumes vendus et le chiffre d'affaires réalisé en France. C'est désormais l'ensemble des produits ou prestations inscrits, sous quelle que forme que ce soit, sur la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, qui doit être déclaré. Cette disposition est destinée à mieux identifier les entreprises qui fabriquent et distribuent les produits inscrits sous lignes génériques. La déclaration nominative signée permettra en effet aux pouvoirs publics de mieux connaître le marché des produits et prestations remboursés, c'est-à-dire qui commercialise quoi. En outre, les fabricants et distributeurs seront également désormais tenus de préciser pour chaque produit et prestation le code relatif à la codification de la LPPR. Il convient de

souligner que la transmission d'une copie de cette déclaration au Comité économique des produits de santé (CEPS) n'est plus prévue par le présent projet de loi dans la mesure où il sera toujours loisible à celui-ci de consulter les bases de déclarations recueillies par l'AFSSAPS.

Dans une optique de gestion dynamique de la connaissance des entreprises et des produits pris en charge par l'assurance maladie, l'obligation de déclaration des produits et prestations visées à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale n'est plus limitée à l'inscription initiale. Les fabricants et distributeurs sont tenus de faire une nouvelle déclaration pour toute modification affectant le code d'un produit ou modification d'une prestation antérieurement déclarée. Ils doivent également déclarer tout arrêt de rattachement d'un produit ou d'une prestation à leur code.

L'autre innovation du dispositif proposé est la mise en place, en cas de retard de dépôt de la déclaration, d'une pénalité annuelle susceptible d'être mise par l'AFSSAPS à la charge du fabricant ou du distributeur après que celui-ci, dans le cadre d'une procédure contradictoire, a été mis en mesure de présenter ses observations. Son montant ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires réalisé en France au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits considérés et la pénalité est reconductible chaque année. Il est également précisé que le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction, c'est-à-dire un recours pour lequel le juge administratif dispose de pouvoirs beaucoup plus étendus que ceux dont il dispose dans le cadre d'un simple contentieux de l'annulation.

Les pénalités prévues sont recouvrées par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) désignées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACCOS), qui est la caisse nationale de la branche du recouvrement du régime général de la sécurité sociale. Leur produit est ensuite affecté aux régimes d'assurance maladie selon les mêmes règles de répartition prévues à l'article L. 138-8 du code de la sécurité sociale pour la contribution sur les produits pharmaceutiques.

Le premier alinéa de la nouvelle rédaction de l'article L. 165-5 précise que l'ensemble des modifications apportées au régime de déclaration des dispositifs médicaux n'entrera en vigueur qu'à compter du 1^{er} janvier 2009 et que celles-ci s'effectueront sans préjudice des dispositions de l'article L. 5211-4 du code de la santé publique qui prévoit des modalités particulières de communication de données (exemplaire de l'étiquetage, notice d'instruction, espèce animale d'origine par exemple) à l'AFSSAPS lors de la mise en service sur le territoire national de dispositifs médicaux présentant un potentiel élevé de risques pour la santé humaine ou dans la fabrication desquels intervient un produit d'origine animale.

Un décret en Conseil d'État fixera les conditions d'application de cette nouvelle obligation de déclaration imposée aux fabricants et distributeurs des dispositifs médicaux et déterminera notamment les modalités de cette nouvelle déclaration, le mode de calcul de la pénalité financière prévue ainsi que la répartition de son produit entre les différents organismes de sécurité sociale.

Comme le souligne l'exposé des motifs, « l'objectif principal de cette mesure est de connaître l'ensemble des produits inscrits sous un code donné sur la liste, en particulier ceux inscrits sous lignes génériques. Elle vise ainsi à créer les conditions indispensables à la mise en place d'une politique de régulation du secteur en créant une base pour la connaissance et le suivi des dépenses des dispositifs médicaux, en particulier ceux commercialisés sous une ligne générique. Elle permettra en particulier à la commission d'évaluation des produits et prestation de la Haute autorité de santé, dans le cadre de la révision des lignes génériques, de connaître les produits qui s'y auto-inscrivent contrairement à la situation actuelle et donc de finir plus rapidement la révision de ces lignes ».

Il convient en effet de rappeler que la commission « Évaluation des dispositifs et technologies de santé » (commission d'évaluation des produits et prestations – CEPP) est chargée, en collaboration avec le service évaluation des dispositifs (SED) qui fait partie de la direction d'évaluation des actes et des produits de santé, d'examiner les produits de santé, à l'exception des médicaments, en vue de leur remboursement par l'assurance maladie. Elle émet des avis scientifiques, basés sur des données cliniques, en réponse aux demandes d'inscription, de modification d'inscription et de renouvellement d'inscription sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) déposées par les industriels. Ses avis portent notamment sur le service attendu en fonction des indications, mais aussi sur l'amélioration du service attendu en comparaison avec un autre produit ou prestation. S'agissant des renouvellements d'inscription, les avis portent sur le service médical effectivement rendu et tiennent compte des nouvelles données disponibles.

Conformément au décret n° 2004-1419, la CEPP est également chargée de revoir la nomenclature des produits en révisant les descriptions génériques. La révision de l'ensemble des descriptions génériques, débutée en 2005, doit être achevée dans 10 ans. Certaines des lignes génériques de la LPP ne sont en effet plus adaptées à une prise en charge optimale des patients en raison de leur imprécision alors que la Haute autorité de santé (HAS) se doit de définir médicalement les descriptions génériques avec des indications précises et des conditions de prescription, d'utilisation et de conditionnement des produits concernés qui doivent permettre de mieux définir la place dans la stratégie thérapeutique des produits correspondant à une ligne.

L'article 38 du présent projet de loi, en favorisant une meilleure connaissance des entreprises et des produits et prestations remboursables, permettra ainsi à la HAS d'accélérer la révision de ces lignes génériques. Elle pourra ensuite radier de la liste les produits dont le service rendu est insuffisant et donc à l'origine de dépenses inutiles. Cet article devrait également permettre à terme au Comité économique des produits de santé (CEPS) de disposer d'une meilleure connaissance du marché de ces produits et prestations et d'effectuer en conséquence les baisses tarifaires qui s'imposent le cas échéant, ce qui permettra à terme à l'assurance maladie de réaliser des économies.

Article 39

Restructuration du réseau des officines de pharmacie

Le présent article vise à permettre de restructurer le réseau officinal français en favorisant le transfert et le regroupement des officines de pharmacie et en relevant les seuils de population pour procéder à une création d'officine tout en préservant les garanties de desserte en médicaments des populations.

1. L'état du réseau français des officines de pharmacie

Il existait, au 1^{er} janvier 2007, 22 561 officines de pharmacie sur le territoire métropolitain, soit une moyenne d'une officine pour 2 696 habitants. Les départements d'outre-mer possédaient 601 officines. Ces officines étaient la propriété de 28 194 pharmaciens titulaires inscrits en section A de l'ordre des pharmaciens, soit une moyenne d'un pharmacien titulaire pour 2 157 habitants de métropole.

Le réseau métropolitain des officines de pharmacie au 1^{er} janvier 2007

Régions <i>(par ordre de densité croissante)</i>	Officines de pharmacie		Pharmaciens titulaires d'officine	
	Nombre	Densité pour 100 000 habitants	Nombre	Densité pour 100 000 habitants
Alsace (*)	458	25,4	561	31,1
Haute-Normandie	565	31,3	681	37,7
Lorraine (*)	755	32,3	911	39,0
Picardie	618	32,9	763	40,6
Basse-Normandie	510	35,3	653	45,2
Champagne-Ardenne	472	35,3	572	42,8
Rhône-Alpes	2 106	35,3	2 651	44,5
Centre	898	36,0	1 083	43,4
Pays-de-la-Loire	1 225	36,0	1 539	45,3
Ile-de-France	4 129	36,2	4 771	41,9
Nord-Pas-de-Calais	1 500	37,2	1 720	42,7
Bretagne	1 164	38,0	1 455	47,5
Franche-Comté	436	38,2	507	44,4
Bourgogne	622	38,3	774	47,7
Midi-Pyrénées	1 096	40,1	1 516	55,4
Languedoc-Roussillon	1 019	40,8	1 428	57,2
PACA et Corse	2 050	40,8	2 771	55,1
Poitou-Charentes	697	40,9	912	53,5
Aquitaine	1 296	42,1	1 744	56,6
Auvergne	597	44,9	753	56,6
Limousin	348	48,1	429	59,3
Total métropole	22 561	37,1	28 194	46,4

(*) L'Alsace-Moselle dispose d'un quota dérogatoire de 3 500 habitants pour la création d'officine.

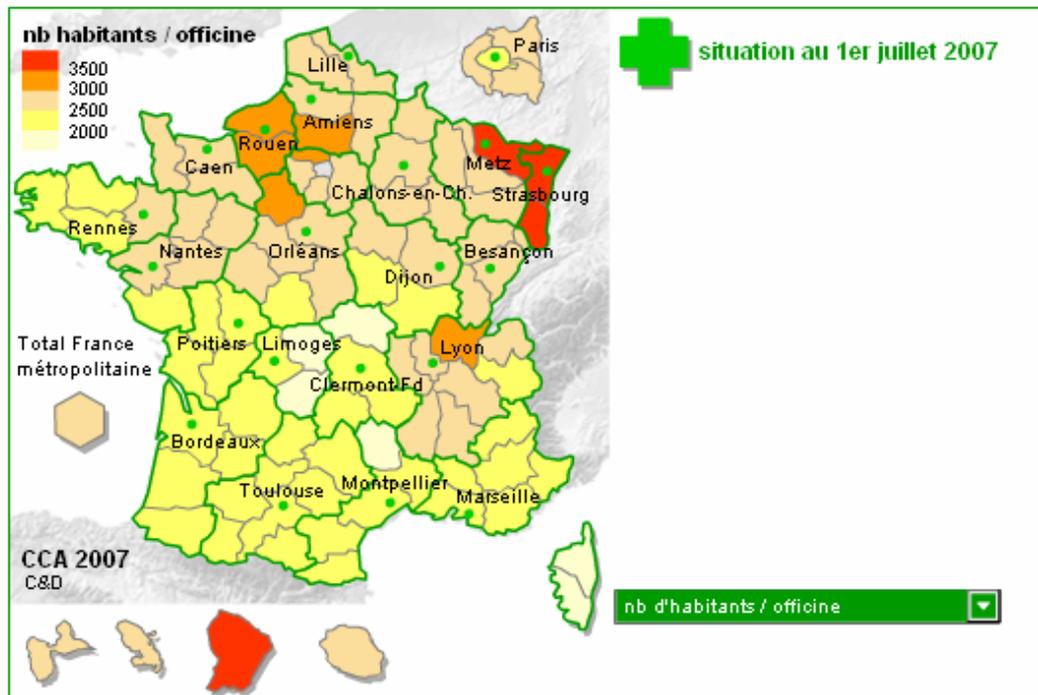
Source : Statistiques de l'ordre national des pharmaciens au 1^{er} janvier 2007.

Il y a donc en métropole, en moyenne, 37 pharmacies et 46,4 pharmaciens titulaires pour 100 000 habitants.

En 2006, 13 officines ont été créées et 75 fermées. En 2005, ces chiffres avaient respectivement été de 9 et de 67. La nette diminution du nombre global d'officines a débuté en 2000, année où il a été constaté la disparition de 30 officines. Sur la période 2000–2006, 166 officines ont disparu. Le mouvement ne se ralentit pas en 2007. Cette évolution traduit les difficultés croissantes de nombreuses officines à assumer les obligations légales d'ouverture et de service et à maintenir leur équilibre économique avec un chiffre d'affaires déclinant.

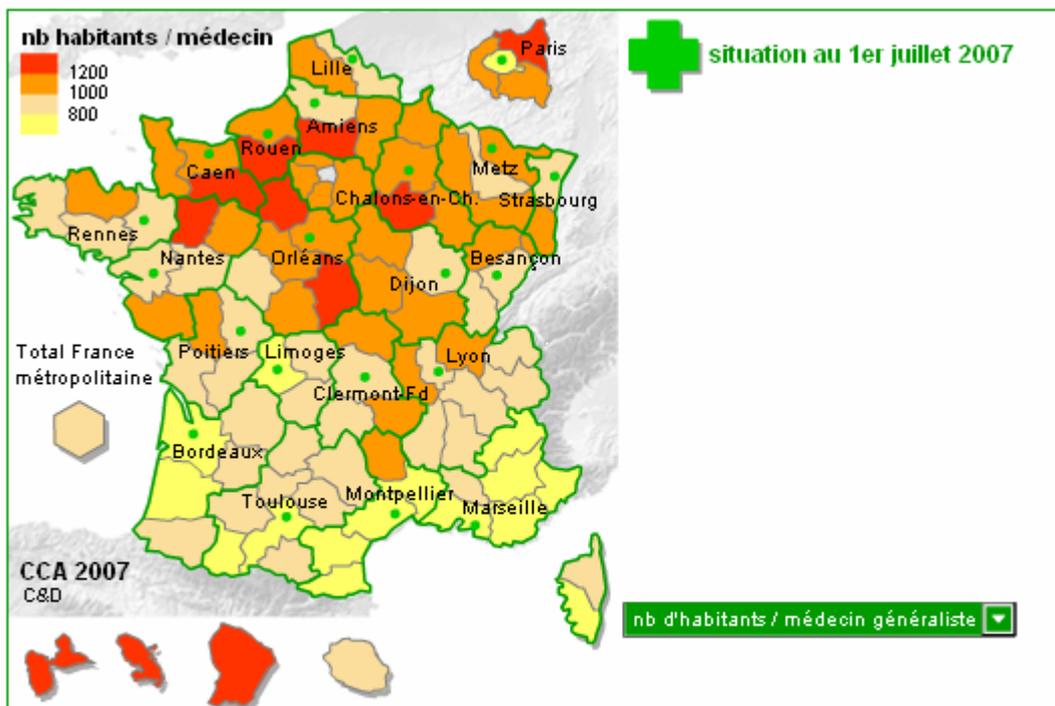
Dans les collectivités d'outre-mer, il était recensé, au 1^{er} janvier 2007, 242 officines à la Réunion, 161 à la Guadeloupe, 149 à la Martinique, 38 en Guyane, 10 à Mayotte et aucune à Wallis-et-Futuna (l'ordre des pharmaciens ne couvre pas la pharmacie en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française).

Comparaison des densités d'habitants par officine et par médecin généraliste en France au 1^{er} juillet 2007



Données sources - Fréquence de mise à jour

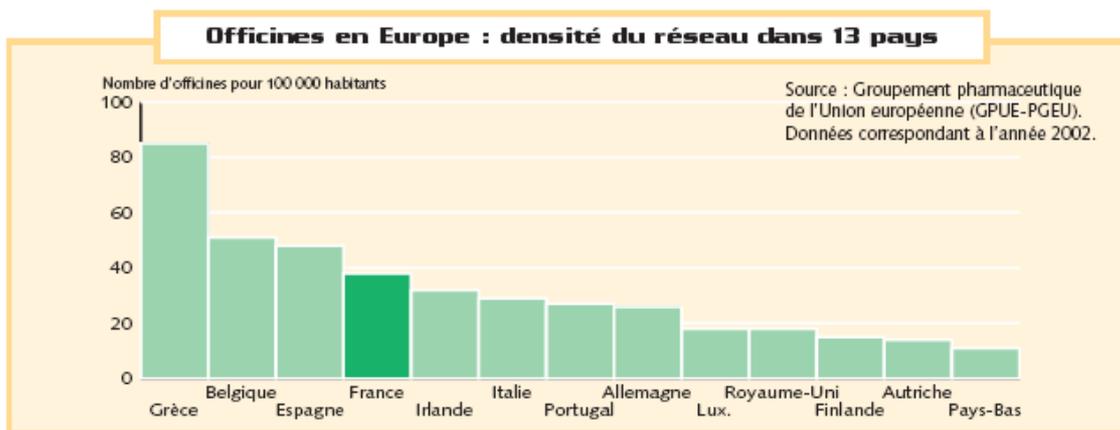
Pharmaciens : données CNOP mises à jour tous les trois mois.
Médecins : données ADELI 2006 mise à jour annuelle.
Population : données INSEE recensement 1999.



Données sources - Fréquence de mise à jour

Pharmaciens : données CNOP mises à jour tous les trois mois.
Médecins : données ADELI 2006 mise à jour annuelle.
Population : données INSEE recensement 1999.

La France a une densité d'officines par rapport à la population légèrement supérieure à la moyenne des pays européens. L'ordre des pharmaciens explique ces différences non seulement par les variations de densité de population mais également par les différences d'urbanisation des populations, l'histoire des pays et les différences de réglementation.



Le titulaire d'officine peut, en fonction de son activité, se faire assister de pharmaciens salariés. Au 1^{er} janvier 2007, 25 333 pharmaciens adjoints inscrits à la section D de l'ordre des pharmaciens exerçaient en officine. En outre, environ 33 000 préparateurs brevetés font partie des équipes officinales ; ils chargés de seconder le pharmacien dans la préparation et la délivrance des médicaments sous son contrôle effectif. Au total, les officines françaises emploient près de 106 000 personnes, soit en moyenne 4,6 personnes par officine.

Les officines de pharmacie se partageaient en 2000 un chiffre d'affaires de vente de médicaments de 171 milliards de francs TTC ; 80 % de ces ventes correspondaient à des produits remboursables, 6 % à des médicaments non remboursables et 14 % à d'autres produits vendus en pharmacie. Le chiffre d'affaires moyen d'une officine est de l'ordre de 1,2 million d'euros.

2. Le cadre légal actuel de la création, du transfert et de la fusion des officines de pharmacie

L'article L. 5125-1 du code de la santé publique définit l'officine de pharmacie comme étant « *l'établissement affecté à la dispensation au détail des médicaments, produits et objets mentionnés à l'article L. 4211-1 ainsi qu'à l'exécution des préparations magistrales ou officinales* ». Les médicaments, produits et objets mentionnés à l'article L. 4211-1 du code de la santé publique sont ceux dont la préparation ou la vente est réservée aux pharmaciens. En sus de ces produits sous monopole, une officine peut offrir à la vente des marchandises dont la liste est fixée par arrêté ministériel, après avis du conseil national de l'ordre des pharmaciens.

L'article L. 5125-1 exige du pharmacien d'être propriétaire de l'officine dont il est titulaire. Une officine peut être placée en copropriété entre plusieurs

pharmaciens qui doivent constituer une société en nom collectif à cet effet. Une société à responsabilité limitée peut également être constituée à la condition que la société ne soit propriétaire que d'une seule officine et que la gérance de l'officine soit assurée par un ou plusieurs des pharmaciens associés. Mais en tout état de cause, un pharmacien ne peut être propriétaire ou copropriétaire que d'une seule officine. L'exploitation individuelle d'une officine peut être exercée *via* une société à responsabilité limitée ou une société d'exercice libéral.

La création ou le transfert d'emplacement d'une officine et le regroupement d'officines sont soumis à la délivrance d'une licence par le préfet, après avis du conseil régional de l'ordre des pharmaciens et des syndicats pharmaceutiques (article L. 5125-4). Les demandes de regroupement sont prioritaires par rapport aux demandes de transfert ou de création. Les demandes de transfert sont prioritaires par rapport aux demandes de création. Sous ces réserves, les demandes sont examinées dans l'ordre de leur dépôt à condition que le dossier soit complet.

La licence fixe l'emplacement d'exploitation de l'officine. Une distance minimum par rapport à l'officine existante la plus proche peut être définie dans la licence. Au sein des communes, un ou des secteurs peuvent être assignés à l'officine de manière à optimiser la desserte de la population.

Les créations, les transferts et les regroupements d'officines ne peuvent être autorisés que s'ils répondent aux besoins de la population : des conditions de proximité et de service optimal sont définies par le code de la santé publique ; ces conditions sont appréciées à partir de critères de densité du réseau officinal par rapport à la population communale recensée. Le tableau ci-dessous résume le régime des quotas fixé par le code de la santé publique.

Seuils en vigueur autorisant les créations et les transferts d'officines

Population de la commune (commune d'origine pour le transfert)	Possibilité de transfert si la commune d'origine dispose de	Création d'officine (<i>article L. 5125-11</i>)	Seuils applicables en Guyane, Moselle, Bas-Rhin et Haut-Rhin
	(<i>article L. 5125-14</i>)		(<i>article L. 5125-13</i>)
30 000 habitants et plus	Une pharmacie pour au plus 3 000 habitants	Une par tranche de 3 000 habitants	3 500 habitants
2 500 à 30 000 habitants	Une pharmacie pour au plus 2 500 habitants	Une par tranche de 2 500 habitants	3 500 habitants
Moins de 2 500 habitants	Toujours possible	Aucune création s'il existe déjà une officine ou s'il n'en existe pas et que la population de la commune a déjà été prise en compte pour la création d'une officine	
		Création : une par tranche de 2 500 habitants calculée sur la zone englobant les communes contiguës	3 500 habitants

Par dérogation, l'article L. 5125-14 du code de la santé publique prévoient que le transfert d'une officine implantée dans une zone franche urbaine (ZFU), une zone urbaine sensible (ZUS) ou une zone de redynamisation urbaine (ZRU) ne peut être accordée lorsqu'il aurait pour effet de « *compromettre l'approvisionnement normal en médicaments de a population* ».

2. Les modifications apportées par le projet de loi

a) L'articulation entre création, transfert et regroupement d'officines

Les paragraphes I, III, VII, VIII et IX de l'article 39 du projet de loi tendent à réserver prioritairement les autorisations d'ouverture d'officines aux opérations de transfert ou de regroupement. La création d'une officine de pharmacie sera limitée aux cas où le besoin en officine ne peut être satisfait par un transfert ou un regroupement. En outre, le seuil de population exigée pour accorder une création d'officine est relevé lorsque la commune d'accueil dispose déjà d'au moins une officine.

Le I de l'article modifie l'article L. 5125-3 du code de la santé publique afin de redéfinir les objectifs et les conditions de la création, d'un transfert ou d'un regroupement d'une officine.

Cet article exige que « *les créations, les transferts et les regroupements d'officines de pharmacie répondent de façon optimale aux besoins en médicaments de la population résidant dans les quartiers d'accueil de ces officines* ». En outre, ces créations, transferts et regroupements « *ne peuvent être effectués que dans un lieu qui garantit un accès permanent du public à la pharmacie et permet à celle-ci d'assurer un service de garde satisfaisant* ».

Le 1° du I ajoute une exigence supplémentaire pour faire droit à une demande de création, de transfert ou de regroupement : l'opération ne doit pas « *avoir pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier d'origine* ». Eu égard à son objet, cette disposition vise en fait les transferts et les regroupements.

La portée des termes « compromettre l'approvisionnement » n'est pas précisée. Cette notion ne peut s'appliquer objectivement qu'aux transferts et aux regroupements. L'objectif est que le préfet chargé de délivrer la licence évalue les contraintes nouvelles d'approvisionnement imposées par le changement d'un lieu d'implantation d'une officine ou la disparition d'un point de vente par le regroupement d'officines : si l'éloignement imposé à la population est difficilement surmontable en raison de l'absence de services de transport en commun reliant la population concernée au nouveau point de vente ou si la nouvelle offre officinale crée des difficultés particulières en raison de l'état du réseau routier ou des zones à traverser pour rejoindre le nouveau point de vente, le transfert ou le regroupement ne devra pas être autorisé sur le fondement de cette nouvelle règle.

Le 2° du I ajoute à l'exigence de fourniture d'un service de garde celle de fournir un service d'urgence conforme aux prescriptions de la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 5125-22 : « *un service de d'urgence est organisé pour répondre aux demandes urgentes en dehors des heures d'ouverture généralement pratiquées par [les] officines [de garde]* ». La qualification de « satisfaisant » exigée du service de garde est supprimée en raison de son caractère peu normatif : si un service de garde existe, il doit répondre aux besoins en pharmacie sinon il ne peut être considéré comme un service de garde.

Le 3° du I redéfinit le cadre dans lequel une création d'officine peut être autorisée.

Le rapporteur tient à souligner la rédaction maladroite et ambiguë de l'alinéa 7 de l'article 39⁽¹⁾. Elle laisse penser que la création d'officine n'est possible que dans les communes dépourvues d'officine ou dans les zones urbaines fragiles et si aucun transfert ou regroupement n'est possible.

En fait, la proposition adverbiale (« *les conditions ... L. 5125-14* ») introduit une précision – qui ne relève pas de l'article L. 5125-3 fixant les principes régissant la constitution du réseau officinal mais de l'article L. 5125-11 définissant les conditions d'autorisation d'une ouverture d'officine – relative aux conditions d'application des nouveaux seuils de population applicables aux créations d'officine et non une définition du champ des créations possibles.

Le texte de l'exposé des motifs présentant le dispositif de l'article 39 est également ambiguë par le fait qu'il n'évoque la création des officines que dans les communes qui sont en dépourvues et dans les zones urbaines fragiles : « *Les créations restent possibles dès lors qu'aucun transfert ou regroupement n'aura permis de satisfaire les besoins des populations des communes dépourvues d'officine et celles des zones en forts besoins sanitaires (zones franches urbaines, zones urbaines sensibles et zones de redynamisation urbaine)* ».

Ces ambiguïtés sources d'interprétations divergentes sur des sujets d'une très grande importance doivent être levées.

Le dispositif du 3° vise en fait à réserver l'ouverture d'une officine aux opérations de transfert ou de regroupement. La délivrance d'une licence autorisant une telle ouverture par transfert ou regroupement doit respecter les nouveaux seuils de population habitant la commune d'implantation qui figurent à l'article L. 5125-11 (VIII de l'article).

En cas d'absence de transfert ou de regroupement, il peut être procédé à une ouverture d'officine par création. La création d'officine doit également respecter les seuils de population de l'article L. 5125-11 mais ces seuils doivent

(1) « *Une création d'officine n'est possible que si, les conditions prévues à l'article L. 5125-11 étant remplies depuis au moins deux ans à compter de la publication des résultats des recensements prévus à l'article L. 125-10 dans les communes dépourvues d'officine ou dans les zones mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 5125-14, aucun transfert ou regroupement n'a permis de pourvoir la commune éligible.* »

être atteints depuis au moins deux ans. Ce délai s'apprécie par rapport à la date de publication des résultats du recensement. Pour cette raison le VII de l'article (article L. 5125-10 du code) ajoute la précision selon laquelle les recensements complémentaires sont publiés au *Journal officiel*, ce qui est le cas chaque année au mois de décembre. Une création d'officine pourra donc intervenir aussi bien dans une commune dépourvue d'officine que dans une commune qui en dispose.

Depuis janvier 2004 (articles 156 à 158 de la loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité), le recensement de la population résidant en France résulte d'enquêtes annuelles. La nouvelle méthode de recensement remplace le comptage traditionnel général organisé tous les huit ou neuf ans. Le recensement général de la population de 1999 est le dernier recensement concernant toute la population en même temps. Depuis 2004, il n'existe donc plus que des recensements complémentaires permettant d'actualiser les données démographiques globales de la population française. Les communes de moins de 10 000 habitants réalisent désormais une enquête de recensement exhaustive tous les cinq ans, à raison d'un cinquième des communes chaque année. Les communes de 10 000 habitants ou plus réalisent tous les ans une enquête par sondage auprès d'un échantillon de 8 % environ de leur population.

Le préfet doit donc s'appuyer sur les données de recensement publiées depuis au moins deux ans pour apprécier le respect des seuils de population.

Le VII du présent article, qui modifie l'article L. 5125-10, exige que les recensements complémentaires soient publiés au *Journal officiel* pour être valablement pris en compte.

Le VIII de l'article 156 de la loi du 27 février 2002 prévoit qu'un décret authentifie chaque année les chiffres des populations de métropole, des départements d'outre-mer et de Saint-Pierre-et-Miquelon, des circonscriptions administratives et des collectivités territoriales. C'est à ce décret – en fait des arrêtés du ministre de l'intérieur – que renvoie la modification apportée par le X du présent article.

Depuis le décret n° 2003-485 du 5 juin 2003 relatif au recensement de la population qui a défini les modalités d'application de la loi du 27 février 2002 et le décret n° 2003-561 du 23 juin 2003 qui a défini la répartition des communes françaises en groupes de rotation et déterminé les années d'enquêtes de recensement de chacun des groupes, quatre décrets modifiant l'annexe au décret du 23 juin 2003 portant répartition des communes pour les besoins du recensement de la population ont été publiés au *Journal officiel* : les décrets n^{os} 2004-521 du 7 juin 2004, 2005-603 du 27 mai 2005, 2006-551 du 15 mai 2006 et 2007-1129 du 23 juillet 2007, qui ont modifié l'annexe du décret n° 2003-561 du 23 juin 2003. Des arrêtés publiés au *Journal officiel* authentifient les modifications du chiffre de la population et les attributions de population fictive à certaines communes afin que les nouveaux chiffres de la population des communes soient pris en considération pour l'application des lois et règlements ; depuis 1999, onze arrêtés

ont été publiés, les deux derniers en date du 14 décembre 2006 au *Journal officiel* du 24 décembre pour une date d'effet au 1^{er} janvier 2007.

Pour les communes de moins de 10 000 habitants, en 2008, les préfets devront donc se reporter aux recensements partiels publiés en 2006 ou antérieurement. Les recensements partiels pour certaines communes ne seront donc pas légalement opposables à l'appui de demandes de licences ; les demandeurs devront parfois s'appuyer sur les chiffres du recensement général de 1999.

Cependant, aujourd'hui les préfetures et les pharmaciens prennent connaissance des données de population recensée sur deux pages du site de l'INSEE reprenant les résultats des enquêtes annuelles de recensement, d'une part, pour les grandes villes de 10 000 habitants et plus (http://www.insee.fr/fr/recensement/nouv_recens/resultats/grandes-villes.htm) et, d'autre part, pour les communes de moins de 10 000 habitants (http://www.insee.fr/fr/recensement/nouv_recens/resultats/commune.htm). Cette publication sur le site de l'INSEE a été jusqu'à présent suffisante, et pourrait en fait le rester. Le site de l'INSEE mentionne d'ailleurs la date du recensement de la population communale.

Le **III** modifie l'article L. 5125-5 pour réorganiser la priorité qui doit être accordée entre les demandes de création, de transfert et de regroupement compte tenu du nouveau dispositif de l'article L. 5125-3 (3° du I du présent article). Seule la priorité des demandes de regroupement sur les demandes de transfert reste pertinente.

b) L'adaptation de la procédure de délivrance des licences

Le **IV** apporte une correction de nature purement rédactionnelle au dernier alinéa de l'article L. 5125-6 relatif aux attributions du préfet en matière de délivrance des licences.

Le **V** modifie l'article L. 5125-7 qui organise l'ouverture au public des officines et encadre leur cession. Son troisième alinéa interdit la cession, le transfert ou le regroupement d'une officine créée ou transférée ou issue d'un regroupement sur une période couvrant les cinq ans suivant la notification de l'arrêté de licence. Deux exceptions sont prévues à cette règle : les cas de force majeure constaté par le préfet ; l'inopposabilité aux personnes physiques ou morales détenant une partie du capital social et des droits de vote d'une société d'exercice libéral de pharmaciens d'officine. Cette forme de propriété est régie par les 1° à 4° de l'article 5 de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de société des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé.

Le **1° du V** ajoute une troisième dérogation à l'interdiction de cession, de transfert ou de regroupement : l'inopposabilité aux sociétés de participations financières de professions libérales.

Cette forme de société a été créée par l'article 32 de la loi n°2001-1168 du 11 décembre 2001 portant mesures urgentes de réformes à caractère économique et financier. Elle complète les possibilités d'exercice d'une profession libérale sous forme de société. Cette forme de société est constituée entre des personnes physiques ou morales qui, à l'exception des greffiers des tribunaux de commerce, exercent une ou plusieurs professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé. Elles doivent avoir pour objet exclusif la détention des parts ou d'actions des sociétés sous lesquelles une profession libérale peut être exercée. Ce type de sociétés est, en principe, créé sous la forme de sociétés à responsabilité limitée, de sociétés anonymes, de sociétés par actions simplifiées ou de sociétés en commandite par actions.

Le **2° du V** redéfinit la caducité de la licence en cas de fermeture d'une officine. Actuellement, le dernier alinéa de l'article L. 5125-7 dispose qu'une fermeture définitive d'une officine entraîne la caducité de la licence qui doit être remise à la préfecture. Le préfet en dispose donc pour répondre aux demandes éventuelles de création, de transfert ou de regroupement qui lui seraient présentées.

Le gouvernement propose de redéfinir cette règle afin de mettre un terme aux transactions spéculatives d'officines : certaines officines situées dans de grandes agglomérations étaient maintenues artificiellement en activité sans motif économique, dans le seul but de choisir le meilleur moment pour la mise sur le marché du fonds de commerce et la remise de la licence à la préfecture afin d'optimiser le montant de la transaction. Dans d'autres cas, la préfecture était dans l'incapacité de déterminer si l'activité de l'officine est réelle en raison des fermetures fréquentes et longues.

Le projet de loi prévoit que ce n'est plus la fermeture définitive d'une officine, qui relève de la seule décision managériale, mais la cessation définitive d'activité qui entraîne la caducité de la licence. Ces termes reposent sur une situation économique objective. En conséquence, le projet de loi dispose que la cessation d'activité qui n'aurait pas été déclarée est réputée définitive « *au terme d'une durée supérieure à douze mois* ». La suite de l'alinéa est inappropriée puisqu'il est prévu que celle durée est « *constatée par tous les moyens par le représentant de l'État dans le département* ». Soit le constat porte sur la durée et on voit mal pourquoi le préfet devrait mobiliser tous les moyens disponibles pour parvenir à cette fin, soit le constat se rapporte à la cessation d'activité mais on ne voit pas à quoi la mobilisation des moyens préfectoraux serait utile puisque la loi dispose que la cessation d'activité est réputée définitive.

c) La modification du régime des créations d'officine

Le **VI** abroge l'article L. 5125-8 qui restreint aux pharmaciens européens la possibilité de créer individuellement une officine ou de racheter une officine ouverte depuis moins de trois ans.

Une coordination de la rédaction de l'article L. 5521-2 serait nécessaire en raison de la citation de l'article L. 5125-8 dans cet article.

Le **VIII** de l'article réécrit la totalité de l'article L. 5125-11 qui définit les seuils de densité de population permettant d'autoriser l'ouverture d'une officine.

En premier lieu, ces seuils sont redéfinis pour s'appliquer aux demandes d'ouverture d'une officine dans une commune qui en est dépourvue. Un seuil uniforme, quelle que soit la population de la commune d'implantation, est fixé : 2 500 habitants par pharmacie.

Lorsqu'une commune dispose d'une officine, une nouvelle licence ne peut être délivrée pour cette commune que pour une tranche entière de 3 500 habitants recensés dans la commune. Ce seuil renforcé vise à limiter les ouvertures d'officine dans des communes déjà pourvues en pharmacie afin d'inciter au transfert pour lequel un seuil inférieur est prévu et au regroupement.

Les quotas dérogatoires applicables aux communes des départements de la Guyane, de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin définis par l'article L. 5125-13 sont également modifiés par le **IX** du présent article. Le projet de loi substitue aux seuils de 3 000 et 2 500 habitants un seuil unique de 3 500 habitants.

d) La modification du régime des transferts d'officine

Le **1° du X** de l'article permet de transférer l'implantation d'une officine dans n'importe quelle commune d'un département français.

Le dépassement du cadre du département d'implantation n'était jusqu'à présent permis qu'au sein de la région Ile-de-France. C'est pourquoi l'article L. 5125-4, qui organise la délivrance des licences par les préfets, précise qu'en cas de transfert entre deux communes situées dans deux départements de l'Ile-de-France (qui n'ont pas à être limitrophes), la licence est délivrée par décision conjointe des deux préfets de département.

Le projet de loi supprime toute condition de connexité départementale. Le **II** du présent article modifie donc la rédaction du deuxième alinéa de l'article L. 5125-4 pour prévoir qu'en cas de transfert d'un département à un autre ou en cas de regroupement d'officines situées dans plusieurs départements limitrophes, la licence est délivrée par décision conjointe des préfets des départements concernés.

Le **2° du X** modifie les seuils de population conditionnant l'autorisation d'un transfert d'officine. Trois conditions cumulatives sont désormais posées pour obtenir une licence :

a) le respect d'un seuil de population recensée dans la commune d'origine de l'officine :

– si cette commune d'origine ne dispose que d'une pharmacie, qui est donc la pharmacie transférée, la commune ne disposant plus d'officine à l'issue de l'opération de transfert, sa population doit être inférieure à 2 500 habitants ;

– dans tous les autres cas, sa population doit être inférieure à 3 500 habitants ;

b) le respect des seuils de population recensée dans la commune d'accueil, qui sont définis par l'article L. 5125-11 (VIII du présent article) ;

c) le transfert ne doit pas avoir pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier d'origine : cette dernière condition reprend la règle insérée à l'article L. 5125-3 par le 1° du I.

La rédaction du 2° du X, qui réécrit le texte des deuxième à huitième alinéas, conduit à supprimer la dérogation prévue par le dernier alinéa – qui est le huitième – de l'article L. 5125-14 en faveur des zones franches urbaines, des zones urbaines sensibles et des zones de redynamisation urbaine. Ce dispositif n'est pas cohérent avec l'alinéa inséré à l'article L. 5125-3 par le 3° du I.

d) La modification du régime des regroupements d'officines

Symétriquement aux mesures retenues en matière de transfert d'officine, le **XI** du présent article modifie l'article L. 5125-15 afin de supprimer la limitation des regroupements aux officines situées dans une même commune. Désormais, un regroupement d'officines ne sera plus limité dans l'espace.

L'emplacement de la pharmacie regroupée devra toujours être celui de l'une des officines regroupées.

Le 3° du XI précise qu'un regroupement d'officines conduit à geler les effectifs des populations entrant dans le périmètre de chalandise réservé aux officines. Ces effectifs ne peuvent plus être utilisés à l'appui d'une demande d'ouverture. Cette règle est cependant limitée dans le temps : à l'expiration d'un délai de dix ans courant à compter de la notification de l'arrêté accordant la licence de regroupement, la population des communes concernées peut être de nouveau prise en compte pour mettre en œuvre les règles d'autorisation de création d'une officine.

En quelque sorte, en cas de regroupement d'officines, l'officine issue du regroupement, pour laquelle une nouvelle licence est délivrée, emporte avec elle,

pendant une durée de dix ans, les anciennes licences des officines qu'elle a regroupées et les quotas de population qui leur sont associés. Le gouvernement garantit que les populations ne seront pas lésées car la licence autorisant l'officine issue du regroupement ne sera accordée que si le préfet est assuré que la disparition des officines ne compromet pas l'approvisionnement des populations en médicaments.

Cette disposition vise à protéger les regroupements d'officines contre les créations d'officines en lieu et place des officines ayant disparu suite au regroupement. Cette entorse aux règles démographiques, aux règles de concurrence et au principe même de satisfaction des besoins de la population paraît excessive. Si, quelques années après un regroupement, des communes connaissent une forte croissance démographique, il serait fondé au nom des principes mêmes régissant l'organisation du réseau officinal de permettre une création d'officine. Une période de gel limitée à cinq ans serait mieux proportionnée. Cette durée apparaît suffisante pour permettre à l'officine issue du regroupement de se constituer une clientèle. C'est également une période suffisamment longue pour constater que les besoins d'une population croissante conduisent à proposer une création d'officine.

d) L'entrée en vigueur de l'article 39

Le **XII** du présent article définit les modalités d'entrée en vigueur de ses dispositions.

En matière de transfert et de regroupement, les dispositions de l'article s'appliquent à toute demande présentée après le 1^{er} janvier 2008.

En matière de création, jusqu'à la publication des résultats des prochains recensements prévus par l'article L. 5125-10 (cf. point *a* ci-dessus) une création n'est possible que si aucun transfert ou aucun regroupement n'a permis de pourvoir au besoin de ces communes. Le projet de loi répète exactement les conditions inscrites au 3^o du I de l'article (article L. 5123-3) mais indique que le dispositif transitoire s'applique par dérogation à ces dispositions. Toutefois le seuil de population ne doit pas être respecté pendant une durée de deux ans suivant la publication du recensement mais dans les deux ans suivant le 1^{er} janvier 2008. Le sens de cette précision reste obscur. En effet, il est prévu que ce dispositif transitoire en matière de création d'officine s'applique jusqu'à la « *publication des résultats des prochains recensements* ». Il s'agit des recensements complémentaires visés au 3^o du I de l'article. Or ils devraient être publiés à la mi-décembre 2007, soit au même moment que la loi de financement de la sécurité sociale. Ceci laisse encore plus perplexe sur le sens des dispositions du dernier alinéa de l'article 39.

En revanche, le projet de loi ne fixe aucune date pour la présentation des demandes de création d'officine.

Article 40

Montant pour 2008 de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

Cet article vise à fixer, pour 2008, le montant des ressources versées par les régimes obligatoires de l'assurance maladie au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et à élargir ses missions au financement de dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière destinés à accueillir des patients résidant en France.

1. Les missions actuelles du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

Dès 1998, la reconstitution du tissu hospitalier a conduit à la création, par la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998, du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO). Il s'agissait à l'origine d'un dispositif exceptionnel de financement des établissements de santé, distinct des crédits versés par les caisses d'assurance maladie et comptabilisés en dehors de l'ONDAM, qui finançait principalement des mesures d'accompagnement social d'opération de modernisation des établissements de santé favorisant notamment la mobilité et l'adaptation des personnels.

L'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, puis l'article 26 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002, a substitué au FASMO le Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES) qui est devenu FMESPP à compter du 1^{er} janvier 2003 en reprenant les créances et obligations du Fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP) (articles 23 et 26 de la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003).

Le FMESPP est aujourd'hui régi par le décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé, modifié par les décrets n° 2003-395 du 24 avril 2003 et n° 2003-1196 du 15 décembre 2003. La gestion en a été confiée à la Caisse des dépôts et consignations.

L'extension des missions du fonds, qui sont actuellement définies par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001⁽¹⁾, a conduit à distinguer deux grands volets (« ressources humaines » et « investissement ») auxquels s'ajoute notamment l'appui à des actions de modernisation et à la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A).

(1) Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

a) Le volet « ressources humaines »

Sont éligibles à un financement du fonds au titre de ce volet : les contrats d'amélioration des conditions de travail (CLACT), les actions de modernisation sociale, dites « aides collectives » et les « aides individuelles », destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de modernisation, dont la liste est définie par le décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001.

S'agissant des aides collectives, les crédits alloués (95 M€ en 2007) concernent principalement la mise en œuvre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) pour un montant de 40 M€ en 2007 et le financement d'études promotionnelles pour un montant de 30 M€ en 2007.

Pour ce qui concerne les aides individuelles, c'est-à-dire par exemple, les indemnités de départ volontaires, les actions de conversion, les aides à la mobilité ou à la création de cellule d'accompagnement social des opérations de restructurations, leur engagement découle des agréments donnés par les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) aux projets de restructuration présentés par les établissements dans le cadre d'une enveloppe unique fixée au niveau national. Ces aides représentent des instruments d'accompagnement social des opérations de restructuration menées par les établissements de santé.

En outre, afin de mieux préparer le personnel au travail dans les services de psychiatrie, le plan « Psychiatrie et Santé mentale » prévoit un double dispositif d'accompagnement durant la première année d'exercice : une mise en situation professionnelle pour mieux adapter la formation à l'emploi et un dispositif de compagnonnage/tutorat des nouveaux personnels dans les services de psychiatrie fondé sur le principe de la transmission des expériences.

Les perspectives d'utilisation du fonds pour l'année 2008 confirment l'engagement autour de quatre problématiques :

- l'accompagnement des opérations de restructuration, via les aides individuelles ;

- le maintien des efforts engagés en terme de promotion professionnelle à un niveau équivalent à celui de 2005 et 2006, en attendant la mise en place et la montée en charge du fonds de développement de la promotion professionnelle ;

- la confirmation de l'engagement en faveur des actions d'amélioration des conditions de travail, de prévention de la violence ou de mise en œuvre du dialogue social ;

- la poursuite du programme de formation en santé mentale.

b) Le volet « investissement »

Au titre du III de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le fonds finance entre autre « *des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé* ». Au terme de l'article 8-1 du décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001, ces opérations de modernisation doivent faire l'objet d'un agrément du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation compétent.

Le volet investissement du plan « Hôpital 2007 », lancé en 2003 auprès des établissements de santé, vise à augmenter le niveau d'investissement hospitalier de 30 % sur cinq ans. L'objectif est la réalisation par les établissements de santé publics et privés de 10 milliards d'euros d'investissements supplémentaires avec accompagnement financier de l'État à hauteur de 6 milliards d'euros. Le plan concerne l'ensemble des établissements de santé publics et privés, participant ou non au service public hospitalier. En revanche, il ne concerne pas le secteur médico-social.

Le plan repose sur deux sources de financement. D'une part, des aides en capital du FMESPP sont prévues, à hauteur de 1,5 milliard d'euros sur cinq ans, destinées aux trois catégories d'établissements et prioritairement aux établissements de santé privés ne participant pas au service public hospitalier qui, jusqu'à la réforme de la tarification à l'activité, ne pouvaient recevoir de subvention de fonctionnement. L'exécution du plan fait l'objet d'un suivi annuel conjoint entre les services du ministère de la santé et les ARH pour s'assurer de l'état d'avancement des opérations retenues et procéder à d'éventuels redéploiements entre régions en cas d'écart entre les prévisions et les réalisations. D'autre part, des aides en fonctionnement relevant des crédits de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) visent à compenser les coûts liés au recours à l'emprunt des établissements publics et privés antérieurement financés par dotation globale (4,5 milliards d'euros).

En complément du volet investissement du plan « Hôpital 2007 », le plan « Psychiatrie et Santé mentale » comporte une mesure prioritaire axée sur la relance de l'investissement hospitalier dans le domaine de la psychiatrie. Ce nouveau volet doit permettre de réaliser, sur la période 2006-2010, des investissements à hauteur de 1,5 milliard d'euros et constitue un levier essentiel d'adaptation et de modernisation des établissements de santé à la hauteur des impératifs de qualité, de sécurité des soins et des soignants ainsi que des exigences légitimes des usagers du système de santé. Deux sources de financement sont prévues : des aides en capital du FMESPP, à hauteur de 50 millions d'euros sur les cinq ans, et des aides en fonctionnement relevant des crédits de l'ONDAM, destinées à couvrir les surcoûts de fonctionnement générés par le recours à l'emprunt pour le financement de 700 millions d'euros d'investissement.

c) Le financement des missions nationales accompagnant la mise en œuvre du plan Hôpital 2007

Le FMESPP prend en charge les coûts de fonctionnement de trois missions nationales, dans la limite de montants arrêtés par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

• *La mission sur la tarification à l'activité (MT2A)*

La volonté de mise en œuvre de la tarification à l'activité pour l'allocation des ressources d'assurance maladie aux établissements de santé s'est traduite par la création d'une mission opérationnelle pour la tarification à l'activité.

Les objectifs de la mission sont les suivants : construire et simuler les différents scénarios de mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A), accompagner les établissements expérimentateurs, consulter les professionnels sur les options retenues et leur présenter les résultats des simulations et des expérimentations et proposer les différentes mesures réglementaires et d'accompagnement technique nécessaires à la réussite de la généralisation. Ses coûts de fonctionnement ont été évalués à 3,65 millions d'euros pour 2007.

• *La mission d'appui à l'investissement national hospitalier (MAINH)*

La mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) est née de la volonté d'accompagner la relance de l'investissement engagée par le plan « Hôpital 2007 » par une équipe dédiée de professionnels. Constituée au niveau national d'une équipe légère, la mission est relayée dans chaque région par un expert placé sous l'autorité du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Cette mission vise à accompagner la relance de l'investissement engagée par le plan « Hôpital 2007 » par une équipe dédiée de professionnels. Constituée au niveau national d'une structure légère, la mission est relayée dans chaque région par un expert placé sous l'autorité du directeur de l'ARH. Les systèmes d'information hospitaliers étant devenus l'outil privilégié de la qualité et de l'efficacité des établissements de santé, la MAINH est désormais également mobilisée pour apporter un appui aux ARH sur les programmes nationaux de systèmes d'information prioritaires (T2A, réforme de l'assurance maladie et dossier médical personnel). Les coûts de fonctionnement de la mission ont été évalués à 11,7 millions d'euros pour 2007. Ces coûts intègrent l'appui aux maîtrises d'ouvrage hospitalières en matière de systèmes d'information hospitaliers.

• *La mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH)*

Cette mission est chargée de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et de diffuser auprès de ces établissements les références et

recommandations de gestion hospitalière qu'elle élabore à partir des résultats des audits.

La MEAH vise principalement à : déployer plus largement dans les établissements de santé les bonnes pratiques issues des chantiers expérimentaux lancés depuis trois ans (organisation des services d'urgence, temps médical, radiothérapie, comptabilité analytique) : déployer le dispositif d'accompagnement des réformes dont l'objectif est de permettre la réussite de la modernisation de l'hôpital ; renforcer la force de frappe du ministère pour que les établissements réalisent les économies nécessaires à la préservation des équilibres financiers de l'assurance maladie, s'agissant notamment des achats hospitaliers. Les coûts de fonctionnement de la MEAH pour 2007 ont été évalués à 25,2 millions d'euros dont 18,65 millions d'euros pour le financement des audits.

d) Les autres actions de modernisation

Dans le cadre de la future « valorisation de l'activité en psychiatrie », les établissements auront à réaliser les investissements nécessaires à la mise en place d'un recueil d'information médicalisé. 35,03 millions d'euros sur la période 2005-2008 sont consacrés à cet effet sur le FMESPP. En outre la modernisation des équipements techniques des SAMU et des SMUR sur la période 2007-2008 représente 17,38 millions d'euros. L'objectif est d'assurer l'informatisation et le partage de données afin de faire progresser la qualité de la prise en charge en périnatalité, grâce à des indicateurs préalablement définis.

En 2007, l'objectif d'assurer un appui à l'aide d'audits notamment sur des établissements de santé engagés dans des processus de restructuration, reconversion ou modernisation a conduit à lancer deux appels à projets. Le premier a pour objet de soutenir des opérations visant à des réorganisations et modernisations au sein des territoires de santé. Le second vise à renforcer la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans les établissements de santé. En 2008, il est prévu de réserver à nouveau 20 millions d'euros sur le FMESPP à ce titre.

2. Les dispositions prévues par le projet de loi

Le I du présent article a pour objet de modifier l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 afin d'élargir les missions du FMESSP et de simplifier le dispositif actuel de mise en place des crédits.

Le 1° de ce paragraphe complète le III de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 qui définit les établissements qui peuvent bénéficier des concours du fonds par un nouvel alinéa qui dispose que le FMESSP peut également financer des dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière destinés à accueillir des patients résidant en France. Pour pouvoir bénéficier des concours du FMESSP, les établissements en question doivent remplir les missions

qui sont celles d'un établissement de santé au sens du code de la santé publique et doivent avoir reçu l'accord de l'État français. Ces établissements doivent également répondre à des besoins de santé qui ont été identifiés par le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de la région frontalière.

Comme le souligne l'exposé des motifs, cette extension des missions du FMESSP vise à répondre à un premier cas concret de coopération transfrontalière participant à la couverture des besoins des patients français : le projet de création de l'hôpital transfrontalier franco-catalan de Puigcerdá en Catalogne. L'hôpital de Puigcerdá, qui dessert la région de Cerdagne française et espagnole accueille en effet actuellement, en raison de sa localisation, une population française importante, faute de structure en région frontalière française, notamment en obstétrique et en traumatologie. C'est pourquoi les ministres français et espagnols de la santé ont signé le 19 mars 2007 une déclaration d'intention pour créer un hôpital transfrontalier qui prendra la forme d'un groupement européen de coopération territoriale (GECT) défini par le règlement (CE) n° 1082/2006 du Parlement européen et du Conseil du 5 juillet 2006. La 1^o vise ainsi à ouvrir le bénéfice du FMESSP à de tels établissements.

Le 2^o a pour objet de supprimer le dernier alinéa du IV de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 qui dispose que le montant de chaque subvention ou avance du fonds est arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, « *dans la limite des montants régionaux arrêtés par le ministre chargé de la santé* ».

En effet, les crédits FMESSP étant limitatifs, il n'y a aucun risque de dépassement de l'enveloppe nationale ou régionale. De plus, cette suppression permet de procéder aux délégations de crédits en fonction des besoins et non pas en fonction d'une enveloppe régionale préalablement arrêtée sans que le ministre ait connaissance des projets susceptibles d'aboutir.

Le II du présent article fixe à 301 millions d'euros pour l'année 2008 le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP, conformément à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 relative au financement de la sécurité sociale pour 2001 qui dispose en effet que les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Le fonds a été doté successivement de 470 millions d'euros pour 2004, 405 millions d'euros pour 2005, 327 millions d'euros en 2006 et 376 millions d'euros en 2007.

Cette diminution de près de 20 % de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP s'explique en premier lieu par la fin du programme d'investissement du plan « Hôpital 2007 ». Par ailleurs, le plan « Hôpital 2012 », qui dispose également d'un volet investissement, n'en est encore qu'à sa phase de démarrage et de sélection des projets.

La baisse du montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP s'explique également par le fait que l'ensemble des crédits dont le FMESPP a été doté les années précédentes n'a pas encore été totalement consommé.

En effet, le taux de consommation des dotations est variable d'une année sur l'autre. Il a progressé chaque année jusqu'en 2006 où il a marqué une baisse (84 % contre 100 % en 2005). Le taux de réalisation cumulé est stabilisé autour de 80 % sur les dernières années. Les crédits disponibles en fin d'exercice résultent en réalité pour l'essentiel du décalage entre engagements et paiements aux établissements bénéficiaires.

Suivi du FMESPP depuis 2003

(en millions d'euros)

FMESPP	2003	2004	2005	2006	2007
Dotation	450	470	405	327	376
Dotation cumulée au fonds	1021,7	1491,7	1896,7	2223,7	2599,7
Consommation annuelle	374,1	458,5	406,1	274,8	nd
Consommation de crédits cumulés	720,3	1178,8	1584,9	1844,6	nd
taux de réalisation annuelle	83,1%	97,6%	100,3%	84,0%	nd
Taux de réalisation cumulée	70,6%	79,1%	83,8%	83,0%	nd
Solde cumulé		312,9	311,8	379,1	nd

Source : DHOS/CDC

Article 41

Contribution financière des établissements de santé à la Haute autorité de santé (HAS)

Cet article adapte les modalités de la contribution financière dont les établissements et organismes visités par la Haute autorité de santé (HAS) doivent s'acquitter dans le cadre de la procédure de certification des établissements.

Instituée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 qui lui a conféré le statut juridique d'« *autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale* », la HAS est chargée de missions étendues : évaluation périodique du service attendu ou rendu des produits, actes et prestations de santé ; évaluation du bien fondé et des conditions de remboursement des produits, actes et prestations de santé ; suivi de la mission qualité et coordination des soins des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) et détermination du panier de soins remboursable ; évaluation des pratiques professionnelles ; information des professionnels de santé et du public sur le bon usage des soins et les bonnes pratiques ; certification des sites internet santé et des logiciels médicaux ; évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population. La HAS reprend également la mission de l'ancienne Agence nationale d'accréditation et

d'évaluation en santé (ANAES) en matière de la certification des établissements de santé.

Au-delà du changement de vocable réalisé par loi du 13 août 2004 qui a remplacé l'« accréditation » auparavant utilisée pour les établissements de santé par la « certification » (le terme « accréditation » étant désormais réservé à l'accréditation des médecins et des équipes médicales), la procédure et l'objectif de la certification restent d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés par les établissements de santé publics et privés, les réseaux de soins et les centres de soin afin de favoriser l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins délivrés par les établissements de santé.

La certification concerne tous les établissements de santé, publics et privés. Elle concerne également les groupements de coopération sanitaire (GCS) entre établissements de santé, les syndicats interhospitaliers détenteurs d'une autorisation d'activité, ainsi que les réseaux de santé et les installations de chirurgie esthétiques. L'évaluation porte sur l'ensemble des prestations délivrées, par services ou par activités, et tient compte notamment de l'organisation interne de l'établissement, de la qualité des prestations servies, de la satisfaction des patients et de la dynamique d'amélioration de la qualité mise en œuvre par les établissements.

La HAS organise, met en œuvre et délivre les certifications. La procédure de certification s'articule autour de trois grands axes stratégiques : l'appréciation du service médical rendu aux patients ; le renforcement de l'évaluation de la politique et de la qualité du management ; l'accent mis sur la gestion des risques. 2 800 établissements de soins ainsi sont certifiés tous les quatre ans.

La procédure de certification proprement dite se déroule en plusieurs temps. La certification débute par une évaluation réalisée par les professionnels de l'établissement appelée « auto-évaluation ». Après cette auto-évaluation, la HAS organise une visite de l'établissement (la « visite de certification ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) formés par la HAS. Pour garantir l'indépendance de la procédure de certification, les experts-visiteurs sont issus d'établissements de santé publics et privés d'une région différente de celle de l'établissement visité. Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par la HAS. Celle-ci établit un « rapport de certification » qui est transmis à l'établissement de santé et à l'autorité dont il dépend dans sa région (agence régionale de l'hospitalisation – ARH). Un compte rendu de certification est ensuite élaboré par la HAS à partir du rapport de certification. Il présente l'établissement de santé, relate le déroulement de la procédure de certification et expose les conclusions de la HAS sur la situation de l'établissement. Dans ses décisions, la HAS peut émettre des recommandations (demandes formulées à l'établissement pour progresser sur des domaines précisés en perspective de la prochaine procédure), des réserves (constat(s) d'insuffisance sur des domaines

précisés et absence de dynamique de progrès) ou des réserves majeures (constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité, sans qu'il y ait de preuves d'actions correctrices).

La publication sur le site de la HAS des résultats des missions de certification constitue un outil d'information à destination des pouvoirs publics et des usagers et vise à produire un effet incitatif à destination des établissements de santé.

L'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale prévoit que la HAS « dispose de l'autonomie financière » et détermine la structure de ses recettes. Le premier alinéa du 7° de cet article, issu de l'article 35 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, dispose ainsi qu'une contribution financière est due par les établissements de santé ainsi que par les groupements, réseaux et installations de chirurgie esthétique à l'occasion de la procédure de certification. L'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale dispose également que les montants de ces contributions « ne peuvent être inférieurs à 2 500 € ». Cette contribution financière représente environ aujourd'hui 15 % des recettes de la HAS.

Structure des recettes de la HAS

Structure des recettes	Recettes prévisionnelles	Recettes mises en recouvrement
Subvention de l'État	6 111 534 €	6 111 534 €
Dotation globale versée par l'assurance maladie	19 299 580 €	19 299 580 €
Fraction de 10 % de la taxe sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques	21 400 000 €	20 700 000 €
Contribution financière due par les établissements de santé au titre de la certification	9 782 700 €	9 477 590 €
Redevances de l'industrie	2 807 000 €	4 466 025 €
Divers (dont produits financiers)	214 624 €	1 163 930 €
Total	59 615 438 €	61 218 659 €

Source : Rapport d'activité HAS 2006

L'article 41 du présent projet de loi vise à remplacer le dernier alinéa du 7° de l'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale qui détermine les modalités de fixation du montant de la contribution financière due par les établissements de santé au titre de la certification.

L'article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 avait déjà modifié le critère de contribution des établissements de santé à la HAS pour tenir compte des dispositions de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou

médico-sociaux soumis à autorisation. Prenant acte de la suppression par l'ordonnance de la procédure d'autorisation des capacités d'accueil, la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2007 avait substitué un critère de facturation exprimé en nombre de journées d'hospitalisation et de venues à l'ancien critère du nombre de lits et de place devenu caduc.

Il est cependant apparu que cette modification était susceptible d'induire des distorsions pour un certain nombre de structures ayant une activité particulière comme pour les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) qui sont, aux termes de l'article L. 2321-2 du code de la santé publique, « *des établissements permanents ou temporaires, destinés à recevoir, sur certificat médical, des enfants ou adolescents de trois à dix-sept ans révolus, en vue de leur assurer des soins de suite ou de réadaptation* ».

En effet, ces établissements, qui relèvent du champ des soins de suite et de rééducation (SSR) et qui assument également des fonctions d'enseignements, présentent des spécificités qui tiennent à la fois à leur petite taille et au fait que leur durée d'activité annuelle est souvent limitée à quelques mois.

La décision n° 2007.03.013 du 28 février 2007 du collège de la Haute autorité de santé portant procédure de certification des établissements de santé disposait certes déjà que « *des adaptations peuvent être décidées par la HAS pour les établissements présentant des spécificités significatives soit dans leur durée d'activité annuelle (maisons d'enfants à caractère sanitaire temporaires, par exemple). Il est fait, dans ce cas, application de la règle du prorata temporis ou de l'équivalence de capacité pour permettre la détermination de la contribution financière due par l'établissement visité* ».

Cependant, cette possibilité d'assouplissement des règles butait sur la disposition législative du septième alinéa de l'article L. 161-45 qui dispose que les montants des contributions ne peuvent être inférieurs à 2 500 €

En conséquence, l'article 41 du présent projet de loi prévoit que les MECS ouvertes moins de six mois par an seront assujetties à une contribution forfaitaire alignée sur le plancher de contribution. Comme celui-ci est actuellement fixé à 2 500 €, ce qui peut apparaître comme un niveau trop élevé pour ce type d'établissement, l'article 41 abaisse également le plancher de contribution à 1 000 €. Il s'agit, avec ce dispositif, de mettre en place une contribution plus juste et plus proportionnelle pour les maisons d'enfants à caractère sanitaire temporaire.

En outre, alors que le dernier alinéa de l'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale dispose actuellement que le montant des contributions est fixé en fonction du nombre cumulé des journées d'hospitalisation et des venues dans l'établissement « *au cours de l'année précédant la visite* » de certification, l'article 41 prend en compte les retards qui sont susceptibles d'exister dans la publication des données d'activité et remplace, par prudence, cette exigence par une référence à la dernière statistique d'activité des établissements (SAE) connue.

Article 42

Dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité (T2A) aux établissements de santé

Cet article modifie plusieurs dispositions relatives à la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) qui est le nouveau mode de financement des établissements de santé tant publics que privés.

Le paragraphe **I** vise à modifier certaines dispositions de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 qui a posé les bases législatives de la T2A.

● *Prolongation de la période transitoire pendant laquelle les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) sont chargées de valoriser les activités des établissements de santé*

Le 1° du I vise à remplacer la première phrase du I de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 afin de prolonger une nouvelle fois, jusqu'au 31 décembre 2008, la période transitoire pendant laquelle les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) sont chargées, en attendant la mise en place de la facturation directe aux caisses primaires d'assurance maladie, de valoriser l'activité des établissements de santé antérieurement sous dotation globale.

L'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale pose en effet le principe que ces établissements de santé anciennement financés par dotation globale, c'est-à-dire les établissements publics de santé (à l'exception des hôpitaux locaux), les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier et les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de fonctionnement, factureront directement, sans passer par l'interface des ARH, les frais d'hospitalisation ainsi que les dépenses de médicaments et produits et prestations facturées en sus des groupes homogènes de séjour (GHS) à la caisse d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 174-2, c'est-à-dire à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement.

En 2005, une première dérogation a été prévue afin de laisser aux caisses d'assurance maladie et aux établissements de santé le temps d'adapter leurs systèmes d'information. Les établissements ont donc continué de transmettre aux ARH leurs données d'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ainsi que la consommation de certaines spécialités pharmaceutiques et de certains produits et prestations. Les ARH ont ainsi continué de valoriser les consommations et les activités de chaque établissement en appliquant les tarifs des prestations et ont arrêté le montant ainsi calculé avant de le notifier à l'établissement de santé et à la caisse pivot.

Compte tenu des difficultés d'adaptation des systèmes d'information, la facturation directe aux caisses d'assurance maladie n'a pas pu rentrer en

application en 2006 et le paragraphe III de l'article 8 de l'ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière a maintenu le système applicable en 2005.

Le II de l'article 69 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 a de la même façon pris acte de retards persistant dans la généralisation de la télétransmission (moins de 50 % des établissements publics de santé MCO étaient à l'époque en mesure de produire des flux de facturation dématérialisés) et dans la migration vers une nouvelle infrastructure d'échanges par messagerie sécurisée et a en conséquence reporté une nouvelle fois l'application de la facturation directe aux caisses au plus tard au 31 décembre 2008.

À partir du moment où le II de l'article 43 du présent projet de loi abroge les dispositions du II de l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, le 1° du I de l'article 43 a pour objet de confirmer, en l'absence de progrès sur ce point, qu'aucune facturation directe ne pourra intervenir pour les établissements anciennement sous dotation globale avant le 31 décembre 2008.

● *Prolongation des règles de calcul de la participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation*

Le 2° du I de cet article vise à maintenir jusqu'au 31 décembre 2008 les règles de calcul de la participation légale de l'assuré aux frais d'hospitalisation qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie, notamment le ticket modérateur, qui prévalaient avant la mise en place de la T2A.

Le nouveau mode de financement à l'activité aurait en effet logiquement dû conduire à calculer le ticket modérateur sur le tarif des GHS et non plus sur l'assiette des anciens tarifs journaliers de prestations (TJP). Cependant, à taux de ticket modérateur constant, le montant global des tickets modérateurs aurait fortement diminué puisque les modalités de la T2A entraînent automatiquement une déduction des MIGAC de la base d'activité.

Le II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 a donc prévu qu'en 2005, les nouveaux tarifs nationaux des prestations ne serviraient pas de base dans le calcul des règles de participation de l'assuré, et en particulier du ticket modérateur. L'application d'une règle de calcul de la participation de l'assuré sur la base d'activité des GHS à la place de l'assiette TJP aurait en effet fait passer l'assiette du ticket modérateur de 35 milliards d'euros à 26,5 milliards d'euros et aurait en conséquence accru sensiblement le montant des dépenses à la charge de l'assurance maladie. Dans le même esprit, le II de l'article 69 du projet de loi de finances pour 2007 a maintenu, au plus tard jusqu'au 31 décembre 2008, la règle de calcul de la participation sur la base des tarifs journaliers de prestations fixés par le directeur de l'ARH pour chaque établissement.

À partir du moment où le II de l'article 43 du présent projet de loi abroge les dispositions du II de l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, il était nécessaire, dans l'attente d'une redéfinition des modes de calcul du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier pour les adapter à la tarification à l'activité, de maintenir jusqu'au 31 décembre 2008 le calcul de la participation légale de l'assuré sur la base des tarifs journaliers de prestation.

- *Définition des modalités de montée en charge de la T2A*

Le 3° du I de cet article vise à remplacer le V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 qui définit les modalités de la montée en charge de la tarification à l'activité pour les établissements antérieurement sous dotation globale.

Alors que le secteur privé a basculé intégralement, le 1^{er} mars 2005, dans le nouveau système de tarification à l'activité, l'introduction de la T2A dans le secteur public, mise en place par le V de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, a initialement mis en place un dispositif d'augmentation progressive du financement des activités sur la base de tarifs établis en fonction des coûts moyens.

Pendant la phase de la montée en charge de la T2A s'étalant de 2004 à 2012, les établissements publics ou les établissements privés participant au service public devaient voir une fraction croissante de leur activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) financée par les tarifs via la valorisation de groupes homogènes de séjours (GHS). Parallèlement, une dotation annuelle complémentaire (DAC) continuait de financer forfaitairement et de façon transitoire une partie de l'activité MCO, sachant que son montant devait progressivement diminuer pour tendre vers 0 à échéance de 2012. En 2004, cette dotation restait encore largement prépondérante puisqu'elle représentait 75 % de l'activité MCO. En 2007, ce taux ne concernait plus que 50 % de l'activité MCO. A côté de ces deux sources de financement appelées à progresser en proportion inverse l'une de l'autre figuraient également d'autres modes de financement dont des forfaits annuels pour certaines activités MCO (urgences, prélèvements d'organes et transplantations de greffes de moelle osseuse), une dotation spécifique de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et une dotation annuelle de financement (DAF) qui finance sous forme forfaitaire certains secteurs tels que les activités de psychiatrie, soins de suite et réadaptation, ainsi que les unités de soins de longue durée (USLD).

Le A du nouveau V de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifie en profondeur les règles de montée en charge de la tarification à l'activité pour les établissements antérieurement sous dotation globale tout en conservant le principe d'une phase transitoire dont la date butoir reste fixée à 2012.

Le nouveau dispositif proposé prévoit ainsi que les consultations, les actes externes et ceux réalisés dans un service d'urgence d'un établissement public de santé (à l'exception des hôpitaux locaux), d'un établissement de santé privé à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier ou d'un établissement de santé privé à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de fonctionnement (premier alinéa de l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale), ainsi que les prestations d'hospitalisation (1° de l'article L. 162-22-6 du même code), seront désormais pris en charge entièrement sur la base de tarifs. Dans ces secteurs, l'activité sera donc désormais valorisée à 100 % des tarifs et la dotation annuelle complémentaire (DAC) disparaît totalement.

De façon similaire à ce qui a été mis en place en matière de tarification à l'activité des établissements privés, les effets revenu d'un passage immédiat à une valorisation de l'activité à 100 % des tarifs sont cependant modulés par l'introduction à la fois d'un coefficient de transition et d'un coefficient géographique.

Le coefficient de transition vise à limiter les effets revenus qu'implique nécessairement le passage à une valorisation de l'activité à 100 % de tarifs. En effet, pour l'année 2007, les établissements publics n'ont en fait perçu que 50 % de la valorisation de leur activité par les tarifs, le reste de leurs ressources correspondant à leur activité MCO provenant de la DAC. Le passage immédiat et sans correctif au nouveau système de tarification à 100 % de l'activité constituera un changement de grande ampleur, avec l'apparition de gagnants (ceux pour qui l'application rétrospective des nouvelles règles à leur activité passée aboutit à un chiffre d'affaires supérieur) et de perdants (ceux pour qui la même opération aboutit à une baisse de chiffre d'affaires). Pour limiter l'ampleur de ce changement et lisser ainsi ses effets dans le temps, il est donc prévu une période de transition de 2008 à 2012 au cours de laquelle un mécanisme de convergence des établissements publics est mis en place par application d'un coefficient de transition qui joue ainsi en quelque sorte le rôle d'un « amortisseur ».

Parallèlement à ce coefficient de transition, est également maintenu le principe de l'existence de coefficients géographique. Selon le 3° de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, ces coefficients géographiques s'appliquent aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels des établissements implantés dans certaines zones « *afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée* ». Pratiquement, ces coefficients géographiques sont destinés à intégrer des spécificités qui pèsent dans certaines zones (Outre mer, Corse et Ile de France) sur les coûts des établissements, qu'il s'agisse par exemple du niveau des charges salariales, du coût de l'immobilier et du foncier ou du coût des transports des personnels et des usagers.

Le A du V introduit une double dérogation à l'application du coefficient de transition à la valorisation de l'activité à 100 % des tarifs. Il est en effet prévu

que les tarifs des prestations afférentes aux activités d'hospitalisation à domicile ainsi que les activités de prélèvement d'organes ou de tissus ne seront pas concernés par le mécanisme du coefficient de transition. Il s'agit par cette mesure de ne pas revenir sur le choix qui a déjà été fait par le législateur d'introduire certaines dérogations au principe de la montée en charge progressive de la T2A. En effet, dès la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, les prestations de prélèvement d'organes ou de tissus ont été facturées dans leur intégralité sur la base de tarifs nationaux. La loi de financement de sécurité sociale pour 2006 a ensuite ajouté à la liste de ces prestations financées à l'activité intégralement dès 2005 « *les prestations... afférentes à certains modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète* » de façon à favoriser des modes de prise en charge alternatifs tels que l'hospitalisation à domicile qui présente l'avantage d'être plus confortable pour le patient et de l'exposer moins aux risques d'infections nosocomiales. Depuis le 1^{er} janvier 2006, les prestations réalisées en hospitalisation à domicile (HAD) sont ainsi facturées dans leur intégralité sur la base de tarifs nationaux. Le dispositif retenu ne revient pas sur cette double dérogation qui vise à favoriser le développement des secteurs qui en bénéficient.

Le B du V détaille les modalités de calcul du coefficient de transition introduit de façon à lisser l'impact de la réforme. Pour la période du 1^{er} janvier 2008 au 29 février 2008, le coefficient de transition est calculé pour chaque établissement de manière à tenir compte de l'impact sur ses recettes d'assurance maladie des nouvelles modalités de financement valorisant l'activité à 100 % des tarifs par rapport à ses recettes préexistantes. Pour les deux premiers mois, la réforme est donc réalisée selon le principe dit de « l'iso-budget », c'est-à-dire que le coefficient de transition est déterminé de manière à ce que les recettes d'assurance maladie que l'établissement perçoit ces deux premiers mois pour les activités MCO, en application du nouveau dispositif de tarification à 100 % de l'activité, soient égales, toutes choses égales par ailleurs (notamment à tarifs et activités constants), aux recettes d'assurance maladie qu'il a perçues l'année précédente avec une valorisation de l'activité à 50 % des tarifs et la dotation annuelle complémentaire (DAC).

Il résulte des modalités de calcul du coefficient de transition que celui-ci est supérieur à 1 pour les établissements dont les recettes historiques, c'est-à-dire les recettes de l'établissement dans le mode de financement précédent, sont supérieures aux recettes issues d'une valorisation de l'activité à 100 % des tarifs et qu'il est inférieur à 1 si les recettes historiques de l'établissement sont inférieures aux recettes issues d'une valorisation de l'activité à 100 % des tarifs.

Le B du V précise qu'à compter du 1^{er} mars 2008, la valeur du coefficient doit converger vers 1 sans que le rythme de convergence ne soit pour autant défini par la loi puisqu'il s'agit d'une compétence de l'exécutif, l'exposé des motifs indiquant simplement que « *l'effort de convergence est maintenu, correspondant à celui qu'aurait représenté dans l'ancien dispositif, une augmentation de 10 à 15 points de la fraction tarifaire, soit une hausse équivalente à celle des années précédentes* ». S'agissant des établissements dont le coefficient de transition est

supérieur à 1 (établissements dits « sur-dotés »), ils devront donc connaître, à compter du 1^{er} mars 2008, une évolution à la baisse de leur coefficient vers 1. Quant aux établissements dont le coefficient de transition est inférieur à 1 (établissements dits « sous-dotés »), ceux-ci devront normalement observer, à compter également du 1^{er} mars 2008, une montée progressive de leur coefficient vers 1. La transition est destinée à assurer, au plus tard en 2012, la convergence des coefficients de tous les établissements vers 1.

Le C du V précise ensuite les modalités selon lesquelles le coefficient de transition converge vers 1. La convergence des coefficients de transition est en fait organisée chaque année à un double niveau.

Au plan national, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent chaque année, en plus des tarifs nationaux des prestations qui servent de base au calcul de la participation de l'assuré, des montants des forfaits annuels et des coefficients géographiques (éléments mentionnés aux 1^o à 3^o du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale), le « *taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé* ».

Au plan régional, les directeurs d'ARH fixent les règles de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le dispositif prévoit que « *le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels ce coefficient est inférieur à un peut excéder le taux moyen régional de convergence dans les conditions prévues au deuxième alinéa du IV du présent article* », c'est-à-dire « *à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels le coefficient de transition est supérieur à un. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces derniers établissements supérieur au taux moyen régional* ». L'intérêt de ces modalités en définitive assez complexes est de permettre une plus grande liberté dans la montée en charge aux régions qui pourraient converger plus vite vers le tarif unique cible de 2012.

Concrètement, chaque directeur d'ARH fixe par arrêté les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de santé de la région. Il peut moduler le taux de convergence entre les établissements tout en respectant le taux moyen régional de convergence. Il peut également accélérer le rythme de convergence en faisant converger plus rapidement les établissements qui ont un coefficient supérieur à 1 (dits établissements « sur dotés ») pour faire bénéficier d'une convergence accélérée les établissements qui ont un coefficient inférieur à 1 (dits établissements « sous-dotés »).

Après avoir défini les règles de convergence pour la région, le directeur d'ARH fixe la valeur du coefficient de transition de chaque établissement de santé, pour une application au 1^{er} mars de l'année, date d'entrée en vigueur des tarifs annuels.

Le **D** du **V** précise que les conditions de répartition entre les régimes d'assurance maladie de certaines sommes versées aux établissements publics de santé (à l'exception des hôpitaux locaux), aux établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier et aux établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de fonctionnement seront fixées, dans l'attente de la facturation directe, par voie réglementaire.

Il s'agit en premier lieu de la dotation annuelle complémentaire (DAC) qui finançait jusqu'ici forfaitairement une partie de l'activité MCO des hôpitaux publics. Sont également concernées les sommes versées au titre d'un financement sous la forme de forfaits annuels (article L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale) et les dotations annuelles de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale), en dérogation à l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale qui prévoit que la répartition de ces sommes entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie est effectuée chaque année au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie de ces établissements. Pour ces différentes catégories, les modalités de répartition entre les différents régimes obligatoires seront effectuées dans des conditions prévues par voie réglementaire.

Ce choix de mesures transitoires pour la répartition entre régime est rendu nécessaire par le report de la mise en place de la facturation directe qui reste subordonnée à l'adaptation des systèmes d'information des caisses et des établissements.

En effet, la répartition entre régime et entre les risques (maladie, maternité, accident du travail et maladies professionnelles) doit tenir compte de l'ensemble des dépenses couvertes par l'assurance maladie. Or, avec la tarification à l'activité, la dotation de financement des MIGAC et les forfaits annuels (urgences, prélèvements d'organes, transplantations d'organes) sont versés en intégralité par l'assurance maladie, sans établir de lien direct avec les droits des patients éventuellement bénéficiaires des prestations correspondantes. Les groupes homogènes de séjour (GHS) ne couvrent donc pas l'intégralité des charges afférentes aux soins délivrés par l'établissement. La mise en œuvre de la facturation directe permettra de connaître l'exacte répartition des charges induites par les groupes homogènes de séjour (GHS) et des autres prestations dispensées, les dotations et les forfaits seront également répartis sur cette base, comme le prévoit la loi dans le système cible.

Tant que la facturation directe aux caisses n'est pas opérationnelle, la répartition entre les régimes et les risques doit être faite selon d'autres modalités.

Dans cette attente, les établissements de santé transmettent mensuellement à l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) leurs données d'activité aux fins

de valorisation et de paiement in fine par les caisses d'assurance maladie sur la base des sommes arrêtées par l'ARH. Cependant, les données d'activité transmises étant anonymes, elles ne permettent pas de procéder à la répartition entre les régimes ni entre les risques. Cette répartition s'effectue dans les conditions prévues dans le système antérieur de dotation globale toujours en vigueur pour les activités soumises au régime de la dotation annuelle de financement. Elle repose sur la transmission aux caisses pivot des informations de séjour de tous les patients pris en charge dans les établissements de santé. Ces informations relatives aux patients, à leurs droits et au coût des soins dispensés permettent de procéder à la répartition au prorata du nombre de journées d'hospitalisation prises en charge par chaque régime au titre de chaque risque et corrigé par application de coefficients qui tiennent compte du coût de l'hospitalisation.

Le E du V dispose que la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire la caisse primaire d'assurance maladie dans laquelle est implanté l'établissement, peut verser, dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, des avances de trésorerie aux établissements de santé pour leur activité de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO). Cette possibilité d'accorder des avances de trésorerie aux établissements hospitaliers se justifie par les difficultés de trésorerie que risquent de rencontrer les établissements de santé lors du passage le 1^{er} janvier 2008 à une valorisation de l'activité à 100 % des tarifs. En effet, les DAC étaient versées mensuellement dans l'ancien système. Du fait de leur suppression, les établissements ne pourront logiquement obtenir des financements liés à leur activité qu'après avoir constaté cette activité, transmis les données d'activité aux ARH pour validation et transfert de ces données aux caisses primaires d'assurance maladie pour paiement. L'ensemble de ce processus de plusieurs semaines entraînera automatiquement un décalage dans les rentrées de trésorerie auquel la possibilité d'accorder des avances vient utilement remédier.

Le F du V précise le mode d'élaboration de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) des établissements des secteurs public et privé anciennement financés par dotation globale qui s'est substitué en 2006 à l'ancien budget des hôpitaux. Cette réforme du régime budgétaire et comptable des établissements, a été rendue nécessaire par la réforme du financement des établissements de santé fondée sur une part croissante de l'activité. Elle s'est traduite par la mise en place d'un nouveau cadre budgétaire qui a pris la forme d'un EPRD. S'il constitue un acte de prévision et d'autorisation budgétaire, l'EPRD présente la particularité de fonctionner, sauf exception (charges des personnels permanents médicaux et non médicaux par exemple), sur la base de crédits évaluatifs, en dépenses comme en recettes. Ce mode de fonctionnement est particulièrement adapté à la caractéristique de la T2A qui est d'introduire une incertitude sur la part des recettes basée sur l'évolution de l'activité. Le F du V de l'article 33 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2004 précise que l'EPRD des établissements des secteurs public et privé anciennement financés par dotation globale sera désormais élaboré sur la base des tarifs nationaux affectés du coefficient de transition.

Le **G** du **V** vise à préciser que les conditions de montée en charge de la tarification à l'activité dans les hôpitaux du service de santé des armées seront fixées par un décret en Conseil d'État.

Il convient de rappeler qu'afin de laisser au service de santé des armées le délai nécessaire pour mettre en place les systèmes d'information nécessaires au codage de l'activité des hôpitaux d'instruction des armées, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 n'avait pas intégré ce service dans le champ de la T2A, les prestations de diagnostic, de surveillance et de traitement dispensées restant momentanément financées par une dotation annuelle de financement. L'article 69 du projet de loi de financement pour la sécurité sociale pour 2007 a étendu les règles relatives à la tarification à l'activité aux activités de médecine, à la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie (MCO) des hôpitaux des armées en prévoyant que l'application des nouvelles dispositions interviendrait au plus tard le 1^{er} juillet 2009 et qu'un décret en Conseil d'État préciserait les conditions et délai d'application de ces dispositions.

Le **G** du **V** prévoit que les conditions de montée en charge de la tarification à l'activité spécifiques au service de santé des armées (SSA) seront fixées par le décret en Conseil d'État prévu au **X** de l'article 69 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Les dispositions particulières porteront notamment sur le calcul du coefficient de transition puisque le SSA est actuellement financé en totalité par une dotation annuelle de financement (et non par une dotation annuelle complémentaire des tarifs versée aux établissements du secteur public) et sur le rythme et le calendrier de convergence de son coefficient de transition.

Le **H** dispose que l'ensemble des modalités d'application du **V** de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale seront fixées par décret en Conseil d'État, à l'exception des modalités d'application du **E**, relatif à la possibilité pour les caisses d'assurance maladie d'accorder des avances de trésorerie, puisque celles-ci seront en effet précisées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

• *Prorogation du régime dérogatoire pour les établissements de santé de Guyanne*

Le 4° du **I** de cet article modifie le **VI** de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 qui concerne les établissements de santé de Guyane. Par dérogation au principe de mise en œuvre progressive de la T2A dans les hôpitaux anciennement financés par dotation globale, ce paragraphe **VI** prévoyait en effet que les établissements de santé de Guyane mentionnés aux **a** et **b** de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire les établissements publics de santé (à l'exception des hôpitaux locaux) et les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier, exerçant une activité de médecine, chirurgie et d'obstétrique restaient financés par une dotation annuelle de financement pour les années 2005 à

2007. Il apparaît aujourd'hui que les difficultés structurelles persistantes de certains de ces établissements ne permettent toujours pas d'envisager globalement le passage à la tarification à l'activité. C'est pourquoi, le 4^o proroge de deux ans la disposition dérogatoire tout en permettant à un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de déterminer chaque année les établissements pour lesquels un passage à la tarification à l'activité est envisageable.

- *Convergence des tarifs public-privé*

Le 5^o du I modifie le VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 relatif à la convergence intersectorielle.

Le principe de la convergence des tarifs public-privé, qui a pour objectif qu'à terme, une même activité soit financée sur la base d'un tarif identique entre le secteur public et le secteur privé, a été prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 qui dispose que les tarifs nationaux des deux secteurs doivent converger durant la période 2005-2012, la convergence devant être réalisée à 50 % en 2008 et « *achevée, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012* ».

Le 5^o du I supprime la dernière phrase du VII de l'article 33 de la loi de financement pour 2004 qui prévoit que l'objectif de convergence devra être atteint à 50 % en 2008 pour la remplacer par une disposition prévoyant la transmission au Parlement avant le 15 octobre 2008 d'un bilan des travaux sur la mesure des écarts qui existent entre les tarifs du public et ceux du privé.

Le constat des difficultés à s'accorder sur ce que recouvre en pratique une convergence intersectorielle réalisée à 50 % en 2008 et à y parvenir dans des délais brefs a en effet été fait récemment à plusieurs reprises.

Le rapport de l'IGAS de janvier 2006 de la mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé a en effet noté que « *le texte législatif ne précise pas les modalités de la convergence. (...) Il ouvre par ailleurs la possibilité d'écarts de tarifs liés à la « différence dans la nature des charges » sans que la nature de ces « différences » ne soit précisée. Il n'indique pas enfin le sens de la convergence : vers le plus efficient, vers le moins efficient ou vers une cible intermédiaire* ».

De la même façon, le rapport d'information n° 3265 « *Réussir la T2A* » (juillet 2006) présenté par M. Jean-Marie Rolland au nom de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, a énoncé que « *la convergence public-privé est un sujet sensible qui soulève de nombreuses questions encore non résolues aujourd'hui* » du fait notamment que le législateur « *n'a pas fixé toutes les modalités de réalisation de l'objectif* » et relève surtout que le processus de convergence intersectorielle bute sur « *l'insuffisance de connaissances des écarts de coûts entre les deux secteurs et sur l'insuffisante précision de l'objectif de la convergence* ».

Enfin, le rapport de septembre 2006 de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement pour la sécurité sociale partage la même analyse lorsqu'il regrette que « *la mise en œuvre de la convergence intersectorielle, enfermée dans un calendrier très contraint, n'est cependant pas définie dans ses principes essentiels : amplitude de l'écart à réduire, définition du périmètre des tarifs à faire converger, sens de la convergence (vers les tarifs les plus bas, moyens ou les plus hauts)* ». La Cour souligne ainsi « *les difficultés méthodologiques de la convergence et l'actuelle carence d'informations objectives sur les disparités des deux secteurs* ».

Si des explications ont été avancées pour expliquer les écarts de coûts entre les cliniques privées et les hôpitaux (spécialisation plus marquée dans les cliniques privées, coûts salariaux différents entre les deux secteurs, hétérogénéité des populations fréquentant les hôpitaux, plus grande proportion de missions de service public et d'intérêt général assurées par l'hôpital public, programmation plus forte de l'activité dans les cliniques privées, non intégration de la rémunération des médecins dans les tarifs du secteur privé commercial), il n'existe toujours pas à l'heure actuelle d'accord partagé sur la mesure scientifique de ces écarts tarifaires dont la connaissance est pourtant indispensable à la définition d'un processus crédible de convergence intersectorielle.

Il est donc proposé d'attendre le résultat de plusieurs études actuellement conduites sous la responsabilité de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et de la mission sur la tarification à l'activité (MT2A), qu'il s'agisse du lancement d'une étude nationale de coût lancée mi 2007 impliquant plus de 100 établissements et dont la méthodologie a été définie en concertation avec les fédérations hospitalières pour laquelle les résultats sont attendus au premier semestre 2008 ou d'études complémentaires sur le coût du travail, la programmation de l'activité et la précarité dont les résultats devraient être connus mi 2008. Les résultats de ces études devraient normalement permettre d'obtenir des données objectives sur les écarts tarifaires entre les deux secteurs.

En attendant, la référence à l'étape intermédiaire de 2008 pour la convergence intersectorielle est supprimée mais le principe d'une convergence achevée en 2012 est maintenu et il est parallèlement prévu que le gouvernement transmette au Parlement avant le 15 octobre 2008 le bilan des études entreprises sur les écarts de coûts entre les secteurs public et privé.

Le paragraphe **II** abroge le II de l'article 69 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 relatif d'une part à la prolongation jusqu'au 31 décembre 2008 de la dérogation au principe de facturation directe de l'activité aux caisses primaires d'assurance maladie et d'autre part au calcul de la participation des assurés selon les modalités antérieures à la mise en place de la T2A (sur la base des anciens tarifs journaliers de prestations) puisque ces dispositions, qui gardent malgré tout leur intérêt ont été reprises au 1° et 2° du paragraphe I de l'article 43 du présent projet de loi.

Le paragraphe **III** tire les conséquences de la disparition programmée le 1^{er} janvier 2008 de la dotation annuelle complémentaire (DAC) en prévoyant à cette même date une modification exceptionnelle de la grille tarifaire applicable dans le secteur public afin de ramener les tarifs à leur niveau réel et de rétablir ainsi une certaine vérité des tarifs.

Il s'agit en fait de procéder à une phase d'ajustement technique destiné à tirer les conséquences de distorsions conjoncturelles introduites dans les tarifs depuis plusieurs campagnes tarifaires du fait du choix qui a été fait de concentrer les mesures nouvelles (plan cancer et plan périnatalité par exemple) davantage sur les tarifs que sur la DAC. D'après la Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS), « *ce dépassement est expliqué par le fait que la DAC représente moins de 50 % du volume MCO, les mesures nouvelles ODMCO ayant été imputées en majorité sur la part tarifs 2006 et 2007* » ⁽¹⁾.

Concrètement, certaines mesures nouvelles de l'ONDAM affectant les établissements de santé ont parfois été ventilées entre l'enveloppe qui rémunère l'activité par des tarifs et celle de la DAC de façon non proportionnelle au poids respectif de ces enveloppes dans le financement des activités MCO, de sorte que les tarifs ont été artificiellement surévalués. Si l'ensemble était neutre pour les comptes de l'assurance maladie puisque la DAC versée aux hôpitaux était sous-évaluée d'autant en parallèle, la suppression de cette dernière impose, pour contenir les dépenses de l'assurance maladie, de revoir à la baisse ces tarifs surévalués. Les nouveaux tarifs corrigés, dont les modalités de détermination seront fixées par décret en Conseil d'État, s'appliqueront à compter du 1^{er} janvier 2008, date d'entrée en vigueur de la tarification à 100 % de l'activité et jusqu'au 29 février 2008, c'est-à-dire dans l'attente de l'ouverture de la prochaine campagne tarifaire. D'après les éléments d'information recueillis par le rapporteur, la baisse des tarifs correspondant à cet ajustement technique rendu nécessaire par la suppression de la DAC devrait être de l'ordre de 3,7 % mais il est important de souligner que cette baisse des tarifs n'entraînera pas, toutes choses égales par ailleurs, de baisse des ressources.

Le paragraphe **IV** vise à préciser l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale qui dispose que la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) a notamment pour vocation de participer au financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé parmi lesquelles figurent des missions de formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical.

En effet, l'article L. 4383-5 du code de la santé publique, issu de l'article 73 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, prévoient que les régions ont désormais la charge du fonctionnement et de l'équipement des écoles et des instituts publics de formation

(1) *Le Quotidien du médecin*, 5 octobre 2007

des professionnels mentionnés au titre I à VII du livre III (« *Auxiliaires médicaux* ») du code de la santé publique (c'est-à-dire les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, audioprothésistes, opticiens lunetiers, prothésistes et orthésistes pour appareillage des personnes handicapées et diététiciens) ainsi que des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture, des ambulanciers et des techniciens de laboratoire d'analyses de biologie médicale.

Il y a dès lors un conflit de normes entre l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale qui prévoit un financement par la sécurité sociale de la formation initiale du personnel paramédical et l'article L. 4383-5 du code de la santé publique qui prévoit un financement par les régions.

En conséquence, le paragraphe IV supprime la disposition législative qui prévoit le financement de la formation des professionnels de santé par la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

Le paragraphe V modifie l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale qui dispose que les forfaits annuels (urgence, prélèvements d'organes, transplantations d'organes) et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation sont versées par douzième par les caisses pour préciser que ces forfaits annuels et ces dotations seront désormais versés « dans les conditions fixées par voie réglementaire ».

Il s'agit en premier lieu de tenir compte de la spécificité du régime de comptabilité publique du service de santé des armées (SSA). En effet, le SSA est soumis aux règles budgétaires et comptables de l'État et se voit donc appliquer les dispositions de la LOLF. Dans ce contexte, il doit disposer en début d'exercice d'autorisations d'engagement pour couvrir ses dépenses annuelles liées aux achats sur marchés. Or, les ressources de l'assurance maladie ne sont pas des autorisations d'engagement ; elles constituent des « attributions de produits » au sens de l'article 17 de la LOLF. Les dépenses qu'elles couvrent ne peuvent être ouvertes qu'après le versement effectif des ressources sur le compte du SSA par l'ACOSS. Or, il existe un décalage dans le temps entre la date de fin des soins et le remboursement par l'assurance maladie qui peut être, dans le régime transitoire, de l'ordre de trois mois. Le SSA, service de l'État, ne dispose pas en outre de fonds de roulement (le fonds de roulement permet aux établissements ex-DG de supporter un décalage entre les décaissements et les encaissements). Les reports de crédits existent mais ils ne sont pas automatiques pour les attributions de produits et sont plafonnés à 3% du montant.

C'est le régime de versement de la dotation annuelle de financement du SSA prévoit d'ores et déjà des versements par dixième et non par douzième car le SSA achève ses décaissements au 31 octobre (article R 174-31 du code de la sécurité sociale). Cet arrangement pour les versements des dotations du SSA n'est

pas conforme aux dispositions actuelles de l'article L. 162-22-15 et c'est pourquoi il convient de les modifier.

La modification de l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale permet plus largement d'introduire plus de souplesse dans les modalités de versement des dotations qui ne relèvent clairement pas du champ de la loi mais du domaine du règlement. Cette disposition concerne ainsi l'ensemble des établissements de santé. Elle permet de renvoyer au décret le calendrier de versement des dotations. Dans ce cadre, des dispositions spécifiques pourront ainsi être prises pour le SSA.

Le paragraphe **VI** vise à compléter les dispositions de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique afin, lorsqu'un établissement de santé bénéficie d'une dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13, d'inclure explicitement dans les engagements généraux qui doivent déjà être précisés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements, les engagements de « retour à l'équilibre » que prend l'établissement de santé. En d'autres termes, il s'agit donc de rendre obligatoire la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui fixe les voies et les moyens du retour à l'équilibre lorsqu'une aide est accordée au titre de la dotation MIGAC à un établissement en difficulté financière. Il convient de rappeler à cette occasion que la circulaire budgétaire du 24 février 2006 précise que la dotation d'aide à la contractualisation qui peut servir à atténuer les effets revenu liés à la montée en charge de la T2A, accompagner les efforts de restructuration des établissements qu'induit le nouveau mode de financement et à intervenir dans le cas de situation d'urgence mettant en péril l'offre de soins, n'a pas vocation à compenser de manière pérenne les baisses de revenu résultant des effets redistributifs du nouveau mode de financement.

Le paragraphe **VII** modifie l'article XVIII de l'article 1^{er} du titre I de l'ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction hospitalière en supprimant la référence au D du V de l'article 33 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 qui dans sa rédaction actuelle décrit les modalités de fixation de la dotation annuelle complémentaire (DAC) afin de tenir compte de la disparition de la DAC prévue par le présent projet de loi à compter du 1^{er} janvier 2008.

En effet, le passage à 100 % de la tarification à l'activité pose une question particulière pour l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris compte tenu de la spécificité du mode d'exercice de sa tutelle et du poids financier de l'établissement. La loi de 1991 portant réforme hospitalière, complétée par le décret du 2 octobre 1992, et l'ordonnance de 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ont aménagé pour l'AP-HP une procédure budgétaire et un régime de tutelle dérogatoires au droit commun des établissements de santé (article L.6147-1 du Code de la santé publique).

La réforme du financement des établissements de santé (T2A) et celle de leur régime budgétaire et comptable (EPRD) ont rendu indispensable la modification de ces dispositions spécifiques afin de les mettre en conformité avec les nouvelles dispositions applicables aux autres établissements. C'est pourquoi l'ordonnance du 1^{er} septembre 2005 (comportant notamment les dispositions relatives à la nouvelle gouvernance hospitalière et à l'EPRD) que le présent article modifie a ainsi acté l'aménagement du régime de tutelle de l'AP-HP tout en en simplifiant son exercice. Un décret mettant en œuvre ces dispositions est en cours de signature.

L'article L.6147-1 du code de la santé publique a été modifié dans le sens d'une clarification des modalités de fonctionnement de la tutelle. Il repose d'une part sur la refonte du conseil de tutelle avec le remplacement du ministère de l'intérieur⁽¹⁾ par le directeur de l'ARH d'Ile de France à laquelle une voie délibérante est donnée, et d'autre part sur le maintien de la compétence du conseil de tutelle pour toutes les décisions stratégiques et financières en matière d'allocation des ressources (en lieu et place du directeur de l'ARH) : l'approbation de l'EPRD et ses modifications, la fixation des Tarifs Journaliers de Prestations (TJP), la fixation des forfaits et dotations – MIGAC, DAC et DAF –, la détermination de la part financée à l'activité, l'instauration d'un plan de redressement, la mise en administration provisoire.

Il importait dès lors de tenir compte de la suppression de la DAC par le présent projet de loi.

Article 43

Expérimentation d'une enveloppe hospitalière pour les transports sanitaires

Cet article a pour objet d'autoriser, à titre expérimental et à compter du 1^{er} janvier 2008, de nouveaux modes de prise en charge et de financement par l'assurance maladie des frais de transport prescrits au sein des établissements de santé.

D'après les statistiques⁽²⁾ de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), environ 6,8 % des assurés ont recours chaque année au moins une fois à un transport sanitaire. La fréquence d'utilisation de ces transports sanitaires augmente à partir de 70 ans (38 % des 70-80 ans et 45 % des plus de 80 ans y ont recours) et de l'état de santé (33 % des patients atteints d'une affection longue durée). En 2005, les dépenses de frais de déplacement des malades se sont élevées à 2,1 milliards d'euros, dont 2 milliards d'euros pris en charge par l'assurance maladie.

Ces dépenses de l'assurance maladie liées au remboursement des frais de transports connaissent depuis une dizaine d'années, un rythme de progression très

(1) qui ne siégeait plus depuis plusieurs années.

(2) Point d'information mensuel de la CNAM, 23 janvier 2007.

rapide (+ 8,4 % en moyenne depuis 2000). Le transport en ambulance représente à lui seul 42 % des dépenses de transport, le transport assis (VSL, taxi et prestataires de service) 58 %. Sur la période 2000-2005, les dépenses remboursables ont fortement progressé pour les ambulances (+ 12,8 moyenne par an) et les taxis (+ 16,7 % en moyenne par an) tandis que celles du VSL ont eu tendance à stagner (+ 1,1 % en moyenne par an).

Ces dépenses sont prescrites, en ville comme à l'hôpital, dans les conditions prévues par les articles R. 322-10 et suivants du code de la sécurité sociale qui disposent notamment que les transports des malades sont remboursés sur prescription médicale :

– pour entrer ou sortir de l'hôpital quelle que soit la durée de l'hospitalisation : séjour de plusieurs jours, journée ou demi-journée, sachant que c'est la facturation d'une hospitalisation qui rend possible la prescription d'un transport (impossible dans le cas d'une simple consultation) ;

– si le patient doit impérativement être allongé ou sous surveillance médicale constante ;

– aux personnes souffrant d'une affection de longue durée pour les traitements sanitaires liés au traitement de cette affection ;

– aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle lorsque le transport est lié à l'une de ces deux raisons ;

– pour se rendre à une convocation du service médical de l'assurance maladie ou d'un médecin expert en cas de contrôle.

La forte progressivité de ces dépenses explique que la maîtrise médicalisée des transports de malades soit devenue un enjeu majeur d'économies potentielles. Les médecins libéraux et l'assurance maladie ont par exemple déjà inscrit la modération des dépenses de transports sanitaires dans les objectifs de maîtrise médicalisée de la convention médicale.

D'autre part, la publication d'un nouveau référentiel de prescription élaboré avec les professionnels de santé (décret et arrêté parus au Journal officiel du 30 décembre 2006) devrait permettre aux partenaires conventionnels de mettre en application les engagements pris en commun. Inspiré largement des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ce référentiel devrait faciliter pour les médecins le choix du mode de transport le moins onéreux et le plus adapté aux besoins des patients. Souhaitée depuis longtemps par l'assurance maladie et les professionnels de santé, cette évolution dans la prise en charge des transports des malades s'inscrit dans la logique de la réforme de l'assurance maladie d'août 2004 qui visait à mieux soigner en dépensant mieux.

D'autres démarches sont également initiées avec les médecins exerçant en établissements de santé. Celles-ci sont d'autant plus nécessaire que 64 % des

prescriptions de transport pris en charge par l'assurance maladie sur les soins de ville sont en fait prescrites par des praticiens exerçant dans un établissement de santé.

La loi d'août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie avait à cet effet prévu la possibilité pour l'assurance maladie de négocier avec les fédérations représentatives des établissements de santé et le ministère chargé de la santé, tutelle des hôpitaux, des accords cadre nationaux en vue d'améliorer les pratiques hospitalières. Sur le terrain, des rencontres ont ainsi lieu entre les médecins conseils et les équipes hospitalières en vue d'améliorer les pratiques hospitalières en matière de prescriptions hospitalières mais aucun accord-cadre sur les transports sanitaires n'est encore intervenu. En 2007, l'assurance maladie a poursuivi le programme de maîtrise médicalisée engagé avec les médecins hospitaliers en définissant six thèmes prioritaires pour l'hôpital parmi lesquels figure « le bon usage des transports sanitaires ».

La disposition proposée par le présent article s'inscrit clairement dans cette démarche de maîtrise médicalisée des dépenses de transports de patients prescrits par des praticiens exerçant dans des établissements de santé.

L'expérimentation proposée porterait, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour cinq ans au maximum, sur les modes de prise en charge et de financement par l'assurance maladie des frais de transports de patients exerçant dans des établissements publics de santé et dans les établissements de santé privés mentionnés au b et c de l'article L. 162-22-6, c'est-à-dire les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier et les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale.

Tirant les leçons du système actuel qui est particulièrement déresponsabilisant pour les établissements de santé puisque deux tiers des prescriptions de transport pris en charge par l'assurance maladie sur les soins de ville sont en fait prescrites par des praticiens exerçant dans un établissement de santé et ne devraient donc logiquement pas être imputées sur l'enveloppe soins de ville, l'expérimentation vise à confier à ces établissements de santé la gestion des transports prescrits par les professionnels qui y exercent. Les établissements se verraient dotés d'une enveloppe budgétaire sous forme de dotation annuelle leur permettant d'organiser et de gérer les prestations de transports dans les meilleures conditions d'efficacité (mise en concurrence, émission d'appels d'offres, passation de marchés).

Dans l'optique d'une meilleure imputation de ces frais de transports prescrits par les praticiens exerçant dans les établissements de santé, dont beaucoup sont aujourd'hui à tort imputés sur la composante de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) relative aux dépenses de soins de ville, le dispositif prévoit que le montant des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférents aux frais de transports entrant dans le

champ de cette expérimentation est pris en compte dans les sous-objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire la ligne MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) commune indifféremment aux secteurs public et privé pour les activités relevant de la tarification à l'activité, et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire le sous-objectif de l'ONDAM relatif aux dépenses d'assurance maladie afférentes aux activités de soins de suite, de réadaptation et de psychiatrie des établissements publics et privés, aux hôpitaux locaux et aux unités de soins de longue durée (USLD).

S'agissant de la participation des assurés, il est prévu que l'expérimentation déroge à l'article L. 322-5-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit que la participation de l'assuré aux frais de transports, calculée sur la base des tarifs mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-14-2 (tarifs des honoraires, rémunération et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux) soit versée aux prestataires de transports sanitaires. Dans le cadre des expérimentations envisagées, la participation des assurés sera calculée selon les mêmes modalités que celles en vigueur, ce qui n'affectera donc pas les taux de participation des assurés, mais elle serait versée aux établissements de santé concernés.

Les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation seront déterminées par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article 44

Groupements de coopération sanitaire

Cet article complète l'article L. 6122-15 du code de la santé publique qui confie aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) certains pouvoirs en vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population et de redéployer des services, des activités ou des équipements hospitaliers afin de préserver leur qualité dans l'intérêt des malades au meilleur coût.

L'article L. 6122-15 du code de la santé publique, que l'article 44 du présent projet de loi vise à compléter, offre déjà la possibilité à un directeur d'ARH de demander à deux ou plusieurs établissements publics de santé de créer un groupement de coopération sanitaire (GCS).

• *Le groupement de coopération sanitaire*

Le GCS, mentionné à l'article L. 6133-1 et suivants du code de la santé publique est une forme de coopération créée par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation a modifié les règles de

fonctionnement du groupement afin de permettre aux acteurs de santé de disposer d'un moyen de droit particulièrement adapté aux besoins de coopération sanitaire.

L'ordonnance a ainsi renforcé l'importance du GCS dans la coopération sanitaire en supprimant, à compter du 1^{er} janvier 2005, la possibilité de créer un syndicat interhospitalier, en supprimant également la possibilité de créer un établissement public de santé interhospitalier (EPSI), en ouvrant le groupement de coopération sanitaire aux médecins libéraux et en permettant au GCS de constituer le cadre juridique d'un réseau de santé. Le GCS est désormais ouvert à l'ensemble des établissements de santé, aux médecins libéraux et aux organismes médico-sociaux. Il permet de développer des projets communs, de gérer des équipements communs (bloc, plateaux techniques...) et de réaliser des interventions communes de personnels.

Par ailleurs, l'ordonnance du 4 septembre 2003 donne au GCS des compétences accrues, par exemple la possibilité d'être employeur ou d'assurer les missions d'un établissement de santé, et elle introduit des dispositifs susceptibles de favoriser une véritable coopération entre établissements publics et privés en permettant aux membres du groupement de participer à la permanence des soins et de dispenser des soins à des patients de l'un quelconque des établissements membres du groupement.

À l'heure actuelle, un directeur d'ARH dispose donc déjà du pouvoir de demander la création d'un groupement de coopération sanitaire. Sa demande doit être motivée et les conseils d'administration des établissements concernés doivent se prononcer dans un délai de trois mois sur la création du GCS.

De plus, les directeurs d'ARH sont déjà dotés de pouvoirs de coercition. En effet, si la demande de ce dernier n'est pas suivie d'effet, il peut d'ores et déjà prendre « *les mesures appropriées* » pour que des établissements créent un groupement de coopération sanitaire, sous réserve d'avoir recueilli auparavant l'avis du comité régional de l'organisation sanitaire.

Le comité régional de l'organisation sanitaire

Le comité régional de l'organisation sanitaire (CROS) se substitue à la première section du conseil régional de la santé (CRS) créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades dont la mise en place n'a jamais été effective, ainsi qu'à la section sanitaire du Comité régional d'organisation sanitaire et sociale (CROSS).

Le CROS a pour mission de contribuer à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation de l'offre de soins. Il formule un avis à l'ARH sur l'élaboration du projet de schéma d'organisation sanitaire, sur la préparation des délibérations d'autorisation et sur la définition des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins.

Comme on le voit, l'article L. 6122-15 du code de la santé publique offre donc déjà les moyens de structurer, le cas échéant de manière contraignante, la coopération au niveau d'un territoire de santé. Toutefois, si l'existence d'un

pouvoir du directeur de l'ARH de contraindre des établissements publics à créer un GCS n'est pas nouvelle, il n'en est pas de même de la possibilité d'imposer dans la convention constitutive du groupement des « compétences obligatoires », ce qui constitue l'apport majeur de l'article 44 du présent projet de loi.

La liste des compétences obligatoires susceptibles d'être imposées par le directeur de l'ARH au GCS nouvellement créé, qui s'inspire directement des mécanismes de la coopération intercommunale qui distingue également des compétences obligatoires et des compétences facultatives, sera définie par décret en Conseil d'État. Ces compétences pourront concerner le champ des activités de soins qui font actuellement l'objet d'autorisations. Dans ce cas, l'autorisation sera transférée au groupement et la première phrase du huitième alinéa de l'article L. 6133-1 du code de la santé publique qui dispose que le GCS n'est pas un établissement de santé ne sera pas applicable. Cet article offre ainsi la possibilité nouvelle à certains GCS d'être érigés en établissements de santé.

Enfin, il est précisé que lorsque le GCS comprend des établissements de santé relevant de territoires appartenant à plusieurs régions, il revient aux directeurs des ARH territorialement compétents de décider conjointement de sa création.

Article 45

Financement des établissements sociaux et médico-sociaux

Cet article contient diverses mesures relatives au financement des établissements sociaux et médico-sociaux qui tendent à faciliter le financement des investissements immobiliers, la création de places nouvelles et la formation de personnels soignants, à définir les modalités de tarification et de financement des prestations des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes n'ayant pas conclu de convention tripartite au 31 décembre 2007, à permettre aux logements-foyers disposant d'une section de cure médicale d'obtenir un conventionnement partiel et à ceux disposant d'un forfait de soins courants de conserver leur dotation et à renforcer la programmation pluriannuelle du financement des créations de places.

1. Le financement des créations de places, de la rénovation et mise aux normes des bâtis, des charges d'emprunts immobiliers des établissements et des actions ponctuelles de formation

Le I du présent article élargit les missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour permettre à la caisse d'assurer le financement des investissements immobiliers de créations de places sociales et médico-sociales. Cette mesure constitue une novation majeure, peut-être la plus importante depuis la création de la CNSA qui jusqu'à présent ne pouvait affecter les crédits de l'ONDAM médico-social qu'à des dépenses de fonctionnement des places nouvelles et non dans la construction de bâtis nouveaux.

Le I innove également en élargissant la mission de la CNSA en matière de formation des personnels afin de ne pas limiter ses actions à des financements d'actions innovantes ou de renforcement de la professionnalisation des métiers mais à élargir son périmètre d'intervention, au moyen des réserves constituées par les crédits non consommés des exercices précédents, aux actions ponctuelles de formation ou de qualification de personnels pour financer le remplacement de ces personnels en formation ou qualification. Cette mesure répond à une demande forte des établissements et services médico-sociaux dont les plans de formation des personnels soignants se heurtaient à l'obstacle du financement des personnels de remplacement : si une formation qualifiante de 18 mois peut coûter 30 000 euros à des établissements, le coût du remplacement du personnel concerné s'élève à 120 000 euros.

En dernier lieu, le I définit des modalités pérennes du soutien de la CNSA au financement des investissements immobiliers de mise aux normes techniques et de sécurité et de modernisation des locaux et au financement des charges d'emprunts immobiliers, au moyen de ses réserves.

a) Les dispositions votées antérieurement

Les mesures concernant le financement des investissements de mise aux normes techniques et de sécurité et de modernisation des locaux et le financement des charges d'emprunts immobiliers s'inscrivent dans des précédents dont elles tirent les leçons du succès pour pérenniser les dispositifs.

Jusqu'en 2006, les investissements de mise aux normes et de modernisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux étaient entièrement à la charge des propriétaires de ces structures. Ni l'assurance maladie ni l'assurance vieillesse ni la CNSA n'intervenaient.

Constatant l'existence de fonds importants tirés des recettes de la contribution de solidarité pour l'autonomie et non dépensés par la CNSA en raison de la montée en charge lente des projets d'intervention entraînant une sous-consommation des crédits disponibles, le conseil de la CNAV et le gouvernement ont proposé d'employer les réserves disponibles pour aider au financement de ce type d'investissement. Le III de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a donc prévu d'affecter les excédents de l'exercice 2005 (qui reprenait les excédents 2004) de la CNSA dans deux nouvelles sous-sections de la section V de son budget relative aux financements divers de la caisse pour financer des opérations d'investissement et d'équipement pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements entrant dans le champ des objectifs de l'ONDAM médico-social géré par la CNSA (établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles : cf. liste ci-après) ainsi que des logements-foyers et des unités de soins de longue durée (USLD).

Les crédits ainsi dégagés à partir des excédents 2004 et 2005 se sont élevés à 500 millions d'euros. Ils ont été répartis entre les investissements des établissements pour personnes âgées dépendantes (350 millions qui ont permis de financer 422 dossiers pour un montant total de travaux de 1,8 milliards d'euros et la modernisation de 29 028 places) et ceux des établissements pour personnes handicapées (150 millions qui ont permis de financer 242 dossiers pour un montant total de travaux de 530 millions d'euros et la modernisation de 12 088 places).

L'article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a renouvelé la démarche et reconduit la même opération ponctuelle de financement avec les excédents de l'exercice 2006. Cet article a autorisé les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées à affecter une partie des crédits reportés en 2007 pour financer les mêmes opérations d'investissement des mêmes établissements et services. Ont ainsi été affectés 184,9 millions d'euros répartis en 129,43 millions pour les établissements destinés aux personnes âgées dépendantes et 55,47 millions pour les établissements et services destinés aux personnes handicapées.

Globalement, les plans d'aide à la modernisation des établissements pour 2006 et 2007 sont un succès. Les mécanismes ont permis de procéder à des notifications rapides de dotations grâce au travail de sélection des projets effectué par les préfets de région qui transmettaient ceux-ci à la CNSA en les classant par ordre de priorité et en les notant au regard de critères définis par la CNSA (taux d'intervention demandé à la CNSA, signature de la convention tripartite, habilitation à l'aide sociale, état d'avancement,...).

Le même article 86 a, par ailleurs, autorisé l'assurance maladie à financer les intérêts des emprunts contractés par des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour réaliser des investissements immobiliers. Cette prise en charge a été limitée au montant des dotations départementales limitatives arrêtées par la CNSA. Ces dotations résultent d'une répartition de la dotation régionale limitative effectuée selon la proposition du préfet de région, en liaison avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, du directeur de la caisse régionale d'assurance maladie et des préfets des départements de répartition. Les dotations régionales limitatives sont déterminées par la CNSA à partir du montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations des établissements et services relevant de la compétence de la CNSA (liste fixée par l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles), c'est-à-dire des dépenses relevant de l'objectif de dépenses d'assurance maladie géré par la CNSA qui est fixé chaque année par arrêté ministériel en fonction, d'une part, d'une contribution des régimes d'assurance maladie fixée par le même arrêté au sein de l'ONDAM voté par le Parlement et, d'autre part, du montant prévisionnel des produits de la journée de solidarité (contribution de solidarité pour l'autonomie).

Ce financement des charges d'intérêt des emprunts immobiliers a été réservé, d'une part, aux établissements hébergeant des personnes âgées, à l'exception des établissements et services accueillant des personnes âgées qui ne sont ni habilités à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale ni conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement (mentionnés au 1° de l'article L. 342-1), et, d'autre part, aux établissements et services accueillant des personnes âgées (mentionnés au 6° de l'article L. 312-1) qui sont habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places et ont conclu une convention tripartite.

Le gouvernement a affecté 25 millions d'euros tirés de l'ONDAM médico-social au financement de cette opération. Ils ont permis de lever des emprunts à hauteur de 100 millions d'euros.

b) Les mesures proposées par le projet de loi

Le conseil de la CNAV et le gouvernement constatent qu'il existe un décalage entre l'allocation des crédits de l'ONDAM médico-social (dépenses autorisées) et la consommation de ces fonds qui sont majoritairement destinés à la création de places. Le décalage est très variable. Il est particulièrement important pour les crédits relatifs aux places nouvelles destinées aux personnes âgées dépendantes qui n'étaient exécutés qu'à hauteur de 36 % sur 2006, (le taux d'installation des places variant fortement d'un type de structure à un autre : 31 % pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) mais 83 % pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Il existe également un décalage entre l'allocation des crédits (places financées) et l'autorisation de ces places : au 31 décembre 2006, 66 % des places financées pour l'année 2006 avaient été autorisées. Ce taux s'explique en partie par le fait que les autorisations de places sont principalement financées sur des crédits 2006 (à hauteur de 63 % des autorisations, 9 % des autorisations utilisant des enveloppes anticipées de l'exercice 2007 : un renforcement de la programmation pluriannuelle du financement permettrait d'améliorer les taux d'exécution ; cf. point 4 du présent article).

Deux mesures sont de nature à accélérer la consommation des crédits pour éviter la formation de réserves : aider les promoteurs de projets de création de places ou d'extension d'établissements ou de services à établir leur plan de financement, dont les difficultés d'élaboration constituent une cause majeure de retard ; permettre de délivrer des autorisations de création ou d'extension plusieurs années avant le versement des crédits et l'ouverture de l'établissement ou du service.

Le premier point exige de permettre la CNSA d'employer les crédits de l'ONDAM pour des dépenses d'investissement immobilier de construction et non exclusivement pour des dépenses de fonctionnement destinées à des places nouvelles comme c'est actuellement le cas (section I du budget). Cette mesure permettrait non seulement de donner un emploi immédiatement utile à des fonds non employés à cause de la sous-exécution de l'ONDAM médico-social mais

contribuerait aussi à réduire la sous-exécution de cet ONDAM. Elle fait l'objet des dispositions du I de l'article 45 du projet de loi.

Le second point fait l'objet du VI de l'article qui renforce la programmation pluriannuelle des financements destinés aux établissements sociaux et médico-sociaux.

Le I propose d'élargir la définition des missions de la CNSA en permettant notamment de financer directement les investissements immobiliers de création de places nouvelles dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux qui relèvent de sa compétence. Dans la même optique de soutien direct à l'investissement, il propose de pérenniser les dispositifs adoptés en 2005 et 2006 qui permettent de financer, au moyen des report d'excédents des exercices antérieurs, des opérations d'investissement pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux ainsi que la prise en charge des intérêts d'emprunt immobilier. Il étend en outre ce financement aux actions ponctuelles de formation et de qualification des personnels soignants.

Compte tenu de l'adoption d'un dispositif de financement pérenne, le 1^o du I complète la définition des missions de la CNSA figurant au I de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale par un 10^o assignant à l'établissement la mission de contribuer au financement des opérations suivantes :

- l'investissement destiné à la mise aux normes techniques et de sécurité ;
- l'investissement destiné à la modernisation des locaux en fonctionnement ;
- la création de places nouvelles en établissements et services médico-sociaux.

Concernant l'intervention de la CNSA sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux, la définition de ses missions, qui résulte de l'article 56 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, conduisait à limiter l'action financière de la CNSA à la contribution au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées à domicile et en établissement (1^o du I de l'article L. 14-10-1). En matière de places nouvelles en établissements ou dans les services, la CNSA n'intervenait qu'en tant qu'établissement chargé de répartir les crédits de l'assurance maladie entrant dans le champ de l'ONDAM médico-social, en ajoutant une fraction de ses ressources propres tirées de la contribution de solidarité pour l'autonomie (*cf.* chapitre IV de l'introduction du présent rapport sur les dépenses sociales et médico-sociales : apport de 1,15 milliard sur les 12,9 milliards affectés à la section I du budget de la CNSA en 2007), pour financer les dépenses de fonctionnement engendrées par les projets de places nouvelles. Il ne relevait pas de ses missions d'intervenir directement en soutien financier des opérations de construction du cadre bâti proposé à l'autorisation. Cette mesure constitue donc une novation majeure.

Cette nouvelle mission est logée dans la section V du budget de la CNSA. Pour 2008, il est ainsi prévu d'affecter un crédit de 250 millions d'euros au financement de la création de places nouvelles, répartis en 175 millions pour les établissements et services pour personnes âgées dépendantes et 75 millions pour les personnes handicapées ; ces fonds seront prélevés sur les réserves 2007 (*cf.* chapitre IV de l'introduction du présent rapport qui présente le projet de budget de la CNSA pour 2008 : ces fonds apparaissent sous la mention « déficit » compte tenu de l'état primitif du projet de budget). Cette opération de soutien entre dans le cadre du prochain plan Alzheimer.

Les deux autres nouvelles missions mentionnées ci-dessus conduisent également la CNSA à intervenir directement dans des opérations immobilières. Mais elles pérennisent les mesures ponctuelles adoptées dans les lois de financement de la sécurité sociale pour 2006 et pour 2007. Elles sont également fléchées sur les charges et les ressources de la section V du budget de la CNSA. Le projet de budget pour 2008 affecte 290 millions d'euros, répartis en 215 millions pour les établissements et services pour personnes âgées dépendantes et 90 millions pour les personnes handicapées (*cf.* chapitre IV de l'introduction du présent rapport qui présente le projet de budget de la CNSA pour 2008 : ces fonds apparaissent sous la mention « reprise de provisions plan d'aide à la modernisation » compte tenu de l'état primitif du projet de budget).

En matière d'emploi des réserves, l'exercice 2008 innovera également par l'affectation à hauteur de 200 millions d'euros des ressources propres de la CNSA non consommées à des dépenses de fonctionnement de la sous-section personnes âgées de la section I : comptablement l'ONDAM aura donc une dette de 200 millions à l'endroit de la CNSA. En 2007, une dotation d'équilibre de 46,8 millions prélevés sur les réserves avait également été dégagée pour le financement des dépenses de fonctionnement des places nouvelles pour personnes âgées, que l'ONDAM a remboursée. Ces interventions résultent de l'obligation légale de la CNSA d'assurer l'équilibre comptable de l'objectif global des dépenses sociales et médico-sociales.

Le **2° du I** du présent article complète le chapitre X du titre IV du livre I^{er} du code de l'action sociale, qui est relatif à la CNSA, par un article L. 14-10-9 définissant les modalités d'emploi des crédits non dépensés et reportés sur l'exercice suivant. Cet article L. 14-10-9 pérennise les solutions ponctuelles adoptées par le législateur pour l'emploi des excédents des exercices 2004, 2005 et 2006.

Le I de l'article L. 14-10-8 dispose que les crédits non consommés à la clôture d'un exercice sont reportés automatiquement sur les exercices suivants. Les excédents ne restent toutefois pas individualisés dans chacune des sections ou sous-sections dans lesquelles les crédits correspondants étaient affectés mais sont globalisés afin de permettre au gouvernement par arrêté interministériel de décider de leur emploi au sein de la CNSA ; la loi interdit en effet tout transfert de crédits hors du cadre budgétaire de la CNSA : les crédits pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées sont ainsi sanctuarisés.

Le dernier alinéa de l'article L. 14-10-5 indique que les reports de crédits peuvent être affectés, en tout ou partie, dans d'autres sections que celles pour lesquels ils étaient initialement prévus, par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget, après avis du conseil de la CNSA.

Le nouvel article L. 14-10-9 reprend ces modalités de report des crédits excédentaires en prévoyant toutefois que, pour la réalisation des missions qu'il définit, les excédents sont affectés aux deux sous-sections de la section V du budget de la CNSA. Cette section V retrace, à ce jour, les financements suivants :

Définition des charges et ressources de la section V actuelle du budget de la CNSA

	Charges financées par la section	Ressources affectées à la section
Section V	« Financement des autres dépenses de la caisse. »	
	Financement d'opérations d'investissement et d'équipement (LFSS 2007 : équipement immobilier) pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et services dont les dépenses relèvent de l'objectif géré par la CNSA (<i>art.51, LFSS 2006 et art.86, LFSS 2007</i>)	Crédits non dépensés fin 2005 de 500 millions d'euros, répartis en 350 millions pour les établissements et services pour personnes âgées et 150 millions pour ceux destinés aux personnes handicapées (<i>art.51, LFSS 2006</i>) Une part des crédits reportés en 2007 au titre des excédents 2006 (<i>art.86, LFSS 2007</i>)
Sous-section V-1	Dépenses de la caisse en faveur des personnes âgées dépendantes (dépenses d'animation et de prévention dans les domaines de la CNSA en faveur des personnes âgées)	Une fraction, fixée par arrêté des ministres de la sécurité sociale et du budget, des ressources de la 2 ^e sous-section de la 1 ^{re} section
Sous-section V-2	Dépenses de la caisse en faveur des personnes handicapées (concours versés aux départements pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées)	Une fraction, fixée par arrêté des ministres de la sécurité sociale et du budget, des ressources de la 1 ^{re} sous-section de la 1 ^{re} section

L'article L. 14-10-9 assigne cinq emplois à ces reports d'excédents sur la section V :

1° le financement d'opérations d'investissement et d'équipement immobiliers ;

2° le financement de la mise aux normes techniques et de sécurité ;

3° le financement de la modernisation des locaux ;

4° la prise en charge des intérêts d'emprunt contractés pour financer des investissements immobiliers ;

5° le financement d'actions ponctuelles de formation et de qualification des personnels soignants.

Le premier emploi vise le financement de la création de places nouvelles. Sur son fondement, la CNSA pourra financer des investissements immobiliers

dans la construction de bâtis nouveaux. La virgule après le mot « immobiliers » est capitale : l'investissement et l'équipement immobiliers ne se rapporte pas à la mise aux normes et la modernisation des locaux comme dans les rédactions des lois de financement de la sécurité sociale pour 2006 et pour 2007. Néanmoins, le rapporteur considère cette rédaction ambiguë, surtout si on la compare à celles de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (« *financement d'opérations d'investissement et d'équipement, pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux* ») et de l'article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (« *financement d'opérations d'investissement et d'équipement immobiliers, pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux* ») qui faisaient également usage d'une virgule alors que les dispositifs ne s'appliquaient nullement aux créations de places. Une clarification paraît indispensable.

Les opérations d'investissement visent le financement des travaux hors équipement matériel et mobilier et hors travaux d'entretien. Cette expression est usuelle et son champ est comptablement clairement défini. La notion d'équipement immobilier, comparée à celle d'investissement immobilier, ne paraît pas juridiquement claire. Les équipements fixés aux immeubles sont, conformément au code civil, des immeubles par destination et rentrent dans le périmètre des investissements immobiliers subventionnables. En conséquence, il paraît plus clair de ne retenir que la notion d'investissement immobilier.

L'objet des financements 2°, 3° et 4° est identique à ceux votés en 2005 et 2006. Les opérations de mise aux normes de sécurité incendie et de modernisation des locaux sont particulièrement onéreuses en raison des interventions sur le cadre bâti : le fait de ne plus rattacher ces emplois à des investissements ou des équipements immobiliers ne change donc pas la nature de l'intervention financière de la CNSA.

L'objet du financement mentionné au 5° ci-dessus est nouveau mais il est proche d'une mission existante de la CNSA qui fait l'objet de financements par la section IV. Cette section IV a été modifiée par l'article 89 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Elle est désormais consacrée à la promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service. Le tableau suivant en retrace les charges et les ressources.

Définition des charges et ressources de la section IV du budget de la CNSA

	Charges financées par la section	Ressources affectées à la section ou sous-section
Section IV	Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service <i>(art.89, LFSS 2007)</i>	
Sous-section IV-1	Actions en faveur des personnes âgées : – dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie ; – dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements et services.	5 à 12 % de la fraction de 0,1 point du produit de la CSG, fixée par arrêté ministériel <i>(art.89, LFSS 2007)</i>
Sous-section IV-2	Actions en faveur des personnes handicapées : – dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes handicapées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie ; – dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services d’enseignement ou d’éducation spéciale, d’action médicale précoce, de réadaptation et rééducation professionnelle et d’accueil, y compris en foyer médicalisé, de personnes handicapées.	Au maximum 12 % des deux fractions allouées à la sous-section I-1 sur le produit des contributions dues au titre de la journée de solidarité (contribution de solidarité pour l’autonomie), la part affectée étant fixée par arrêté ministériel <i>(art.89, LFSS 2007)</i>

La nouvelle mission se distingue des actions financées par la section IV en ce qu’elle porte sur le financement d’actions ponctuelles, c’est-à-dire concernant des besoins occasionnels de formation ou de qualification de personnels soignants. La CNSA a en effet observé que l’envoi en formation de personnels soignants se heurte souvent à la contrainte financière du remplacement des personnels partis en formation. Le coût du remplacement de ces personnels absents parfois jusqu’à dix-huit mois pour les formations les plus qualifiantes est souvent égale au double ou au triple du coût des formations.

Des crédits exceptionnels sont donc utiles pour financer les remplacements des personnels partis en formation. Cette mission est qualifiée par le projet de loi de « financement des actions ponctuelles de formation ou de qualification » de ces personnels soignants. Le projet de budget primitif pour 2008 ne mentionne pas le financement de ces actions (*cf.* chapitre IV de l’introduction du présent rapport) : une ligne de la section V sera abondée fin mars 2008 lorsque les excédents 2007 seront constatés.

Le rapporteur constate cependant que le besoin dépasse le seul cadre des personnels soignants : les établissements et services sociaux et médico-sociaux envoient en formation également de nombreux agents de services chargés notamment de l’accueil, de l’entretien des locaux et du rangement des matériels.

De même les premières orientations du prochain plan Alzheimer, notamment les lignes directrices indiquées par le Président de la république dans son discours du 21 septembre 2007, mettent en avant le caractère prioritaire de l’aide aux aidants naturels. Il serait donc cohérent que les réserves de la CNSA puissent être employées à la formation de ces aidants naturels.

Le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux bénéficiaires des reports de crédits inscrits à la section V varie selon l'emploi des crédits reportés.

Les emplois visés aux 1°, 2° et 3° ci-dessus sont destinés aux établissements entrant dans le champ des objectifs de l'ONDAM médico-social géré par la CNSA (mentionnés à l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles) et aux unités de soins de longue durée (mentionnées au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique). L'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles donne la liste suivante des établissements entrant dans le champ des objectifs de l'ONDAM médico-social :

– les établissements d'enseignement et d'éducation spéciale qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation (visés au 2° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles) ;

– les centres d'action médico-sociale précoce (3° de l'article L. 312-1) ;

– les établissements de réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle (*b* du 5° de l'article L. 312-1) ;

– les établissements et services accueillant des personnes âgées (6° de l'article L. 312-1) ;

– les établissements, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées ou des personnes atteintes de pathologies chroniques (7° de l'article L. 312-1) ;

– les établissements accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées et mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services (11° de l'article L. 312-1) ;

– les établissements à caractère expérimental accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées (12° de l'article L. 312-1).

La définition de ce champ est inchangée par rapport au dispositif voté en 2006.

Les emplois du 4° sont réservés aux établissements suivants :

– les établissements hébergeant des personnes âgées, à l'exception des établissements et services accueillant des personnes âgées qui ne sont ni habilités à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale ni conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement (mentionnés au 1° de l'article L. 342-1) ;

– les établissements et services accueillant des personnes âgées (mentionnés au 6° de l'article L. 312-1) qui sont habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places et ont conclu une convention tripartite.

La définition de ce champ est inchangée par rapport au dispositif voté en 2006.

Les emplois du 5° sont destinés aux établissements entrant dans le champ des objectifs de l'ONDAM médico-social géré par la CNSA (mentionnés à l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles : *cf.* ci-dessus), à l'exception des établissements suivants :

– les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées qui n'ont pas conclu de convention tripartite (prévue par le I de l'article L. 313-12) ;

– les logements-foyers qui ne bénéficiaient pas, au 31 décembre 2005, d'une autorisation de dispenser des soins et qui, bien qu'accueillant des personnes âgées dépendantes dans une proportion telle que leur GIR moyen pondéré (défini par l'article R. 314-171) est supérieur à 300 (seuil fixé par l'article D. 313-15), sont dispensés de signature d'une convention tripartite globale à condition d'avoir moins de 10 % de résidents classés GIR 1 ou 2 (visés au premier alinéa du I *bis* de l'article L. 313-12) ;

– foyers logements visés au deuxième alinéa du I *bis* de l'article L. 313-12 et ayant choisi de ne pas conclure de convention tripartite mais dont les résidents bénéficient, le cas échéant, de l'allocation personnalisée d'autonomie.

En dernier lieu, le projet de loi prévoit que les conditions d'utilisation, l'affectation et le montant des crédits concernés sont déterminés par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale, après avis du conseil de la CNSA.

Cet arrêté doit être distingué de l'arrêté prévu par le dernier alinéa de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale. Cet alinéa prévoit que les réserves de la CNSA sont affectées par arrêté signé par ces ministres mais également par le ministre chargé du budget. Cet arrêté détermine une affectation comptable des reports de crédits entre les sections du budget de la CNSA. En revanche, l'arrêté prévu au présent article (article L. 14-10-9) organise l'affectation fonctionnelle des crédits : une fois affectés à la section V par l'arrêté prévu par l'article L. 14-10-5, l'arrêté de l'article L. 14-10-9 réalise une répartition fonctionnelle ou thématique de ces crédits entre les différentes opérations finançables prévues par la loi.

2. La tarification des établissements d'hébergement de personnes âgées non conventionnés

a) L'état du conventionnement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

La loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 « *tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance* » a engagé une réforme de la tarification des établissements médico-sociaux et de soins accueillant des personnes âgées. Son article 23 a

conditionné l'accueil de personnes dépendantes à compter du 1^{er} janvier 1999 par ces établissements à la signature d'une convention tripartite pluriannuelle entre eux, l'assurance maladie et le président du conseil général.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a modifié l'obligation en reportant le terme au 31 décembre 2003 et l'a inscrite à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. La convention pluriannuelle doit être signée avec le président du conseil général représentant le département et la direction départementale de l'action sanitaire et sociale représentant l'État pour tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dont le GIR moyen pondéré est supérieur à 300 et les établissements dispensant des soins de longue durée s'ils souhaitent pouvoir accueillir au-delà de cette date limite des personnes en état de perte d'autonomie. La perte d'autonomie est appréciée conformément à la définition qu'en donne l'article L. 232-2 du même code pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Dès lors qu'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes a signé sa convention tripartite, son budget doit être décomposé en trois sections indépendantes quant à leurs charges et leurs produits. Cette décomposition figure à l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles ; elle reproduit la décomposition de la tarification des prestations de ces établissements en trois tarifs correspondant à leurs trois fonctions principales :

– *le tarif ou forfait d'hébergement* permettant de couvrir les frais d'hôtellerie et de restauration des personnes âgées, les frais d'administration générale, de personnels administratifs, d'entretien et d'animation et 70 % des dépenses d'agents de service. Le tarif journalier est arrêté par le président du conseil général pour les établissements habilités à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale ; pour les autres établissements, le tarif est libre ;

– *le tarif ou forfait dépendance* permettant de compenser la perte d'autonomie des personnes concernées : il finance l'aide et la surveillance pour les actes de la vie quotidienne, les surcoûts hôteliers liés à la dépendance et 30 % des dépenses d'aides soignantes, d'aides médico-psychologiques et des agents de service. Le tarif journalier est arrêté par le président du conseil général. Il est modulé selon l'état de dépense du résident. Il est réglé par le résident qui peut bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie ;

– *le tarif ou forfait de soins* finançant la prestation des soins de base (entretien, hygiène, confort) et 70 % des dépenses d'aides soignantes et aides médico-psychologiques. Le tarif journalier est arrêté par le préfet après avis de la caisse régionale d'assurance maladie. Il est pris intégralement et directement en charge par l'assurance maladie et est donc transparent pour les résidents.

Eu égard à la lenteur des du processus de signature des conventions tripartites, la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité

sociale pour 2003 a, une nouvelle fois, repoussé la date limite au 31 décembre 2005 et étendu l'obligation aux logements-foyers en leur fixant comme date limite de signature le 31 décembre 2006. Conformément à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation, un logement-foyer est « *un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privés meublés ou non et des espaces collectifs* ».

Constatant qu'au 1^{er} août 2005, seules 4 052 conventions tripartites couvrant 4 300 établissements avaient été signées, soit 42 % du total susceptibles d'être signées par les 10 344 établissements visés par l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (GIR moyen pondéré supérieur à 300), le Parlement, sur la proposition du gouvernement, a, une troisième fois, reporté au 31 décembre 2007 la date d'échéance pour la signature des conventions tripartites, la nouvelle échéance étant applicable aussi bien aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) qu'aux logements-foyers (article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006).

Le même 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a toutefois assoupli les modalités de conventionnement des foyers logement en leur permettant d'avoir un conventionnement partiel sur la seule capacité d'accueil correspondant à l'hébergement de personnes âgées dépendantes dont le GIR moyen pondéré est supérieur à 300 (troisième alinéa du I bis de l'article L. 313-12).

Au 20 août 2007, 5 585 conventions tripartites portant sur 454 816 places avaient été signées par 6 087 EHPAD. Selon les dernières estimations du gouvernement, il resterait à signer 1 000 à 1 200 conventions pour couvrir l'ensemble des établissements d'hébergement ayant un GIR moyen pondéré supérieur à 300. Ces 1 000 à 1 200 conventions correspondent à environ 86 000 places.

Cette situation ne doit pas conduire à reporter une nouvelle fois l'échéance de signature des conventions tripartites, alors que les premiers établissements signataires ont commencé à négocier le renouvellement de leur convention depuis la fin de l'année 2006. Il ressort clairement que les établissements en mesure de conclure une convention tripartite l'ont fait. Ceux qui ne l'ont pas fait sont soit très bien dotés et constatent que leur conventionnement entraînerait une baisse de leurs dotations budgétaires (c'est notamment le cas des établissements fortement médicalisés comme les unités de soins de longue durée – USLD), soit très peu médicalisés et se verraient imposer de fortes obligations d'investissement du fait de l'obligation de médicalisation de la totalité des places en EHPAD.

Pour aider à la signature des conventions et notamment afin de résoudre des blocages de nature administrative, le gouvernement a décidé de lancer des missions d'appui qui se rendront dans les départements.

Il est néanmoins indispensable de sécuriser la situation des personnes âgées accueillies dans les établissements et les foyers logements n'ayant pas signé de convention au 31 décembre 2007 au regard de l'application du forfait global de soins et des tarifs d'hébergement et de prestations d'assistance. Tel est l'objet du II de l'article 45.

Les logements-foyers représentent aujourd'hui une offre de 152 900 places sur les 668 500 places installées au 31 décembre 2003 soit environ un quart de l'offre d'hébergement totale dédiée aux personnes âgées. Au 20 août 2007, 246 logements-foyers représentant une capacité de 14 606 places avaient signé une convention tripartite.

Selon les estimations du ministère du travail, des relations sociales et des solidarités, 13 à 15 000 places seraient concernées par la possibilité de déroger à l'obligation de conventionner ou de conventionner partiellement dès lors qu'ils n'accueillent pas plus de 10 % de résidents relevant d'un classement dans les GIR 1 et 2 (règle fixée par le décret n° 2007-793 du 9 mai 2007). Par ailleurs, 6 000 à 8 000 places seraient concernées par la mesure prévue au V de l'article 45 pour permettre d'étendre le conventionnement partiel aux logements-foyers qui perçoivent des forfaits de section de cure médicale (ceux autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux), quel que soit leur GIR moyen pondéré.

Au total, ce serait environ 35 000 places de logement-foyer, soit 23 % du total, qui seraient concernées par le conventionnement, dont environ 20 000 places au titre d'un conventionnement partiel.

b) Les dispositions du projet de loi

Le II du présent article s'applique aux établissements entrant dans le champ de l'obligation de conventionnement tripartite (EHPAD, USLD et logements-foyers : *cf.* point *a*) qui n'ont pas signé de convention au 31 décembre 2007. Il détermine les principes de tarification de ces établissements applicables à compter du 1^{er} janvier 2008.

Cette tarification reproduit le découpage en trois tarifs correspondant aux trois fonctions des EHPAD. La fixation de ces tarifs relève des autorités administratives – président du conseil général ou préfet – compétentes pour la détermination des trois tarifs des EHPAD.

La liste de ces établissements est connue de ces autorités car tout établissement hébergeant des personnes âgées est tenu de déterminer le GIR de chacun de ses résidents, ne serait-ce que pour obtenir le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement ; leur GIR moyen pondéré est donc une donnée connue.

Le tarif dépendance et le tarif hébergement suivent les règles de droit commun des EHPAD.

En revanche, la tarification des prestations de soins déroge au droit commun quant à la détermination du montant du forfait.

Dans le cas des établissements autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux, à savoir essentiellement les USLD, un forfait global de soins sera attribué chaque année par le préfet. Son montant sera égal au forfait de soins attribué à l'établissement pour 2007. Aucune revalorisation annuelle n'est prévue ; le forfait global de soins restera donc au niveau de l'année 2007 tant que la convention tripartite ne sera pas signée. Cette situation entraîne une perte financière de l'ordre de 3 à 4 % correspondant aux revalorisations annuelles des forfaits soins des EHPAD.

Cette méthode du forfait global de soins transpose le dispositif de l'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie qui définit, à titre transitoire, les principes de tarification et de financement des établissements entrant dans le champ de l'obligation de signature d'une convention tripartite mais dont la convention n'a pas encore pris effet. Cet article gelait au niveau des forfaits de soins attribués en 2001 le montant du forfait global de soins attribués à ces établissements.

Dans le cas des établissements qui ne sont pas autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux, leurs prestations de soins étaient jusqu'à présent financées sur les dotations de soins de ville. Un forfait global de soins sera déterminé par le préfet à partir de trois éléments : le GIR moyen pondéré de l'établissement, la capacité d'accueil de l'établissement et un tarif de soins par place d'accueil fixé par arrêté ministériel.

Ce forfait global de soins devrait être calculé sur la base de la dotation minimale de convergence (Dominic) réévaluée de 35 % au terme de cinq ans (durée des conventions tripartites). Cette base est celle de la négociation des conventions tripartites par les services de l'État ; elle a été formalisée dans une circulaire dite Dominic + 35. La Dominic est calculée suivant l'évaluation de la dépendance des résidents, l'existence ou non d'une pharmacie à usage intérieur et l'option tarifaire retenue (tarif partiel ou tarif global). La dotation de soins dont dispose l'établissement ne peut toutefois pas être diminuée des dépenses de soins antérieurement couvertes par le tarif soins mais désormais prises en charge par le tarif dépendance, et la dotation de l'établissement doit prendre en charge le financement des personnels soignants affectés à des tâches de soin qui était pris en charge antérieurement par le tarif d'hébergement. La Dominic + 35 a toutefois été aménagée afin de traiter les situations sanitaires les plus difficiles (Dominic +56 pour les établissements accueillant en majorité des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ; Dominic + 60 pour les structures de moins de 25 lits ; *etc.*).

Les III et IV de l'article tirent les conséquences des dispositions pérennes du II.

Le **III** abroge l'article 5 de la loi du 20 juillet 2001 précitée devenu sans objet.

Le **IV** abroge deux articles de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales : l'article 5 qui autorise les établissements d'hébergement pour personnes âgées à comporter des sections de cure médicale et l'article 23 qui organise la transformation des hospices publics en établissements de santé publique avec hébergement et soins de suite ou en USLD ou établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement de personnes âgées. Les dispositions de l'article 5 n'ont plus d'objet depuis que les demandes d'autorisation de section de cure médicale sont forcloses et que l'assurance maladie est tenue de solder ses dettes en matière de section de cure médicale au 1^{er} janvier 1999. Les opérations d'humanisation des hospices en unités de soins prévues par l'article 23 sont désormais achevées.

3. Le statut des logements-foyers

L'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation définit le logement-foyer comme « *un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non et des espaces collectifs* ».

Les logements-foyers sont des structures souvent anciennes constituées de logements individuels dans lesquels, en principe, les personnes âgées s'installent en parfaite situation d'autonomie. Environ 70 % du parc national, soit 110 000 places, sont gérées par les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale.

C'est avec le vieillissement de la population hébergée qu'apparaissent des problèmes de dépendance qui conduisent de nombreux logements-foyers à adapter leurs installations et leurs prestations pour faire face aux nouveaux besoins des résidents de plus en plus dépendants. Néanmoins, le conventionnement de ces établissements leur imposerait des obligations particulièrement lourdes en termes d'investissements (notamment de sécurité et de médicalisation) et entraînerait des hausses de tarifs auxquelles la plupart de leurs résidents ne pourraient pas faire face.

Face à cette situation, à la demande de Mme Cécile Gallez, rapporteure en 2006 pour l'assurance vieillesse, le gouvernement a présenté un amendement, devenu l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, évitant d'exiger des logements-foyers un conventionnement global de leurs capacités d'hébergement en combinant le statut d'EHPAD et celui de logement-foyer et en appliquant les tarifications correspondantes. Ce dispositif, qui figure au I *bis* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, permet aux logements-foyers de choisir un conventionnement partiel portant sur leur capacité d'hébergement de personnes âgées dépendantes.

Sont éligibles à ce régime dérogatoire les logements-foyers qui ne bénéficiaient pas, au 31 décembre 2005, d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux et qui accueillent des personnes âgées dépendantes dans une proportion telle que leur GIR moyen pondéré est supérieur à 300 tout en ayant moins de 10 % de résidents classés GIR 1 ou 2 (visés au premier alinéa du I *bis* de l'article L. 313-12). Ils peuvent conclure un conventionnement allégé avec le préfet et le président du conseil général pour la partie de la capacité d'accueil correspondant à l'hébergement des personnes âgées dépendantes. Des prescriptions architecturales leur sont toutefois imposées⁽¹⁾. La loi précise cependant que conventionnement permet de maintenir le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile aux résidents. Cette dérogation est importante puisque les résidents des logements-foyers bénéficient de l'APA à domicile (maximum de 509,91 euros par mois pour une personne classée GIR 4 et 764,87 euros pour un GIR 3) alors que les personnes hébergées en EHPAD reçoivent l'APA en établissement dont le montant est directement versé à l'établissement habilité à recevoir l'aide sociale, sous réserve d'une somme de 75 euros devant rester à la libre disposition de l'allocataire.

Le projet de loi propose de stabiliser la situation des logements-foyers non couverts par le dispositif de conventionnement partiel prévu par le I *bis* de l'article L. 313-12, c'est-à-dire ceux ayant un GIR moyen pondéré inférieur à 300. En effet, en l'absence de dispositions spéciales, au 1^{er} janvier 2008, tous ceux qui disposaient d'un forfait de soins courants ou d'une section de cure médicale seraient privés de cette source de financement. Cette disparition aurait pour conséquence de transférer la charge financière des traitements médicaux sur le tarif d'hébergement, c'est-à-dire sur les budgets des résidents.

Le forfait de soins courants et la section de cure médicale sont des survivances du mode de financement par l'assurance maladie des établissements datant d'avant l'entrée en vigueur a réforme tarifaire de la loi du 2 janvier 2002 qui a substitué aux trois dotations graduelles (« forfait de soins courants », « forfait de section de cure médicale » et « forfait d'unité de soins de longue durée ») le tarif de soins prenant en compte l'ensemble des prestations de soins des établissements entrant dans le champ du conventionnement tripartite. Sans conventionnement tripartite au 31 décembre 2007, les logements-foyers dont le GIR moyen pondéré est inférieur à 300 devraient perdre leur forfait de soins courants et leur section de cure médicale. Le montant d'un forfait journalier de soins courant est de l'ordre de 3 euros par place tandis qu'un forfait de cure médicale atteint les 30 euros.

En outre, plus de 800 emplois sont concernés par ces forfaits de soins courants. Leur maintien est également important pour conserver une offre d'assistance médicale sur l'ensemble du territoire.

(1) *Un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes est soumis au respect des normes architecturales et de sécurité incendie de type J. Un logement-foyer ayant un GIR moyen pondéré inférieur à 300 et n'accueillant pas plus de 10 % de personnes classées en GIR 1 ou 2 peut rester soumis aux normes applicables aux habitations. Si l'un des deux seuils est franchi, il doit passer aux normes de type J. Une circulaire interministérielle du 15 mai 2007 a précisé cette classification.*

Le V de l'article 45 du projet de loi introduit un paragraphe *I ter* dans l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. Il distingue deux catégories de logements-foyers concernées, ceux disposant d'une section de cure médicale et ceux disposant d'un forfait de soins courants ;

– Les logements-foyers bénéficiant, au 31 décembre 2007, d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, c'est-à-dire ayant une section de cure médicale, et accueillant moins de 10 % de personnes âgées classées en GIR 1 ou 2 (« *deuxième seuil mentionné au premier alinéa du I bis* ») : un conventionnement partiel de leur capacité d'accueil correspondant à l'hébergement de personnes âgées dépendantes pourra être négociée ; le projet de loi n'explicite pas les conditions de ce conventionnement mais un forfait sera défini de manière à maintenir les dotations allouées à la section de cure médicale en 2007.

– Les logements-foyers ne bénéficiant pas, au 31 décembre 2007, d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux et ayant un GIR moyen pondéré inférieur à 300 : ces établissements conservent les montants des forfaits soins qui leur ont été attribués pour 2007. Le montant de ce forfait de soins courants sera reconduit sans revalorisation d'année en année. Ce forfait est toutefois maintenu dans la limite des dépenses effectives des établissements correspondant aux charges de leurs personnels soignants salariés (rémunérations, taxes et charges sociales afférentes).

Le projet de loi précise que dans ces deux catégories de logements-foyers, les résidents peuvent continuer à bénéficier du versement de l'APA à domicile. C'est une condition déterminante du choix de l'hébergement en logement-foyer.

Dans le cas où un logement-foyer cumule une section de cure médicale et un forfait de soins courant, celui-ci a la possibilité de conventionner partiellement et, dans ce cas, de conserver ses forfaits de soins sur les places non couvertes par la convention tripartite partielle. Ce cas de figure reste marginal.

4. La programmation pluriannuelle du financement des créations de places dans les établissements sociaux et médico-sociaux

En application de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale, le montant des dépenses autorisées des établissements et services médico-sociaux relevant du champ de compétence de la CNSA et financées par l'assurance maladie est arrêté chaque année, par arrêté ministériel, sur la base d'un objectif de dépenses.

Cet objectif de dépenses est fixé en fonction, d'une part, de la contribution des régimes d'assurance maladie déterminée par les sous-objectifs médico-sociaux « personnes âgées » et « personnes handicapées » de l'ONDAM voté en loi de financement de la sécurité sociale (*cf.* article 50 du projet de loi) et, d'autre part, d'une partie des recettes prévisionnelles de la contribution sociale pour l'autonomie affectée au financement de ces établissements et services médico-sociaux. Un arrêté interministériel fixe sur cette base, dans les quinze jours suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, le montant annuel des

dépenses prises en compte dans le calcul des « dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs » afférents aux prestations des établissements et services. Ce montant est ensuite réparti en dotations régionales limitatives par la CNSA et en dotations départementales limitatives arrêtées sur proposition des préfets par la CNSA. Sur cette base, le préfet de département, qui fixe le niveau de tarif pour l'assurance maladie, arrête les budgets des établissements et services et fixe leurs tarifs (prix de journée, dotation globale ou forfaits journaliers).

L'article 58 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 a donné un outil à la CNSA pour accomplir sa mission de répartition : les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Ces programmes à couverture régionale visent à définir les priorités de financement des créations, extensions et transformations des établissements et services installés dans la région et relevant de l'ONDAM médico-social, pour la part des prestations financée sur décision tarifaire de l'État. Ils doivent permettre à la CNSA de sélectionner les besoins prioritaires constatés sur le terrain, de financer les projets permettant de répondre au mieux à ces besoins tout en assurant une répartition équitable des financements entre les territoires et d'allouer les moyens financiers de manière à parvenir à résorber les retards que connaissent certains territoires en matière d'équipements.

Les PRIAC s'appuient sur les schémas d'organisation sociale et médico-sociale définis à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles. Selon les établissements et services concernés, cette planification est faite au moyen d'un schéma national arrêté par le ministre chargé des affaires sociales ou de schémas départementaux arrêtés conjointement par le préfet du département et le président du conseil général. Des schémas régionaux sont également confectionnés par regroupement des éléments des schémas départementaux afférents aux établissements et services relevant de la compétence de l'État ; ils sont arrêtés par le préfet de région.

Les PRIAC présentent une programmation pluriannuelle glissante sur l'année en cours et les quatre années suivantes (depuis 2007). Ils sont actualisés chaque année, en tenant compte notamment des évolutions des schémas départementaux. Pour établir et actualiser un PRIAC, le préfet de région recueille l'avis de la section compétente du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. Le programme est transmis pour information aux présidents de conseil général.

Afin de conférer une dimension contraignante au contenu des PRIAC, la loi conditionne la délivrance d'une autorisation à un établissement ou un service social ou médico-social à la compatibilité de l'établissement ou du service avec le PRIAC dont il relève (4° de l'article L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles).

Le caractère pluriannuel de la programmation des financements est fondamental pour permettre d'accompagner les projets de création de places.

Jusqu'en 2006, les autorisations de création de places ou d'extension (mais l'extension pose moins de problème de financement) d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux ne pouvaient être délivrées que si la dotation départementale de l'année au cours de laquelle la demande de création ou d'extension était présentée, contenait les crédits permettant d'assurer le financement du projet en année pleine.

Depuis 2007, en application de l'ordonnance de simplification du 1^{er} décembre 2005 (nouvel article L. 314-4-1 du code de l'action sociale et des familles), une notification des enveloppes financières par anticipation donne une visibilité sur les financements publics à venir sur les deux exercices suivants : les responsables de projets connaissent *via* les crédits notifiés l'année N les dotations qui pourront être consommées à partir des années N+1 et N+2 ; les autorisations peuvent ainsi être délivrées dès l'année N.

L'ordonnance de simplification du 1^{er} décembre 2005 a complété l'approche de programmation financière pluriannuelle en précisant notamment que l'arrêté interministériel annuel de répartition fixe, le cas échéant, le montant indicatif des crédits de fonctionnement prévisionnels des établissements sociaux et médico-sociaux conformément aux objectifs de dépenses pour les quatre années à venir figurant en annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale (article L. 314-3-4 du code de l'action sociale et des familles) et que les PRIAC contiennent en annexe, le cas échéant, ces dotations qui ont été fixées par l'arrêté interministériel pour les deux années à venir (article L. 312-5-2).

Le **VI** de l'article 45 du projet de loi confie à la CNSA la charge de répartir en dotations régionales limitatives, non seulement le montant annuel de l'ONDAM médico-social, mais également les dotations globales fixées par l'arrêté interministériel.

La CNSA sera ainsi en mesure de mettre en cohérence la programmation pluriannuelle sur l'année d'exercice et les deux ou quatre années suivantes des enveloppes de dépenses consacrées aux créations de places dans les établissements sociaux et médico-sociaux relevant de sa compétence.

Le **VII** modifie en conséquence l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles pour préciser que l'autorisation initiale accordée à un établissement ou un service social doit non seulement être compatible avec le PRIAC dont il relève mais également avec les dotations pluriannuelles réparties par la CNSA à partir des dotations globales fixées par l'arrêté interministériel.

Article 46

Interruption volontaire de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse en centre de planification ou d'éducation familiale

Cet article vise à autoriser les médecins exerçant dans des centres de planification à pratiquer, sous certaines conditions, des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

1. La réglementation actuelle concernant les interruptions volontaires de grossesse (IVG) pratiquées en dehors des établissements de santé

Aux termes de l'article L. 2212-1 du code de la santé publique, « *la femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse* ». Si la femme demeure seule juge de cette situation, la pratique de l'IVG n'en est pas moins très strictement encadrée. Ainsi, l'interruption ne peut être pratiquée par un médecin qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse, sauf dans les cas très précis où elle est pratiquée pour un motif médical au sens de l'article L. 2213-1 du même code.

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse a permis d'étendre la possibilité de pratiquer des IVG aux médecins exerçant en ville et à la condition qu'ils aient conclu une convention spécifique dans ce sens avec un établissement de santé, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État en application de l'article L. 2212-2 du même code.

Toutefois, cette possibilité de pratiquer des IVG en dehors des établissements de santé n'est devenue réellement effective qu'avec la parution tardive, trois ans après la publication de la loi ⁽¹⁾, de ses derniers textes réglementaires d'application, dont les dispositions ont été codifiées aux articles R. 2219-9 et suivants du même code.

Aussi l'article R. 2212-10 du même code précise-t-il que les IVG pratiquées par un médecin libéral dans le cadre de la convention précitée ne peuvent être réalisées que par voie médicamenteuse et avant la fin de la cinquième semaine de grossesse.

2. Le dispositif proposé par le projet de loi

Afin de remédier aux difficultés d'accès aux IVG, liées notamment aux délais d'attente souvent longs dans les établissements de santé, et limiter les risques liés aux IVG chirurgicales, dont le coût est par ailleurs plus élevé, le présent article vise à autoriser les médecins des centres de planification à pratiquer des interruptions de grossesse par voie médicamenteuse.

En effet, les centres de planification ou d'éducation familiale sont des structures accessibles bien identifiées par les femmes, en particulier celles qui sont en situation vulnérable, et les médecins qui y exercent sont non seulement sensibilisés à la question de l'IVG mais pratiquent également bien souvent ces actes en établissement de santé.

C'est pourquoi le **I** du présent article modifie le 3° de l'article L. 2112-2 du code de la santé publique afin de confier au président du conseil général la responsabilité d'organiser les activités de planification et d'éducation familiale

(1) En particulier, le décret n° 2004-636 du 1^{er} juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé et l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse.

mais aussi « *la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse* ».

Les principales missions des centres de planification ou d'éducation familiale

Les centres de planification ou d'éducation familiale ne doivent poursuivre aucun but lucratif. Ils sont agréés par le président du conseil général, sauf s'ils relèvent d'une collectivité publique, auquel cas la création ou l'extension de ces centres est décidée par la collectivité concernée, après avis du président du conseil général. Leurs missions sont principalement les suivantes :

– Les centres de planification ou d'éducation familiale constitué dans les centres de protection maternelle et infantile (PMI) sont dotés des moyens nécessaires pour informer, conseiller et aider la femme qui demande une IVG.

– Ils sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire. Dans ces cas, les frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives sont supportés par les centres de planification ou d'éducation familiale.

– Ces centres peuvent, dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, assurer le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle. Ils assurent de manière anonyme le dépistage et le traitement de ces maladies. Ils interviennent à titre gratuit en faveur des mineurs qui en font la demande et des personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime. Dans ces cas, les dépenses relatives au dépistage et au traitement sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie.

Source : articles L. 2311-1 et suivants du code de la santé publique

Le **II** du présent article tend à modifier la rédaction de l'article L. 2122-2 du même code précité afin d'aménager une deuxième exception au principe selon lequel l'IVG ne peut être pratiquée qu'en établissement de santé, public ou privé.

Ainsi, comme pour les médecins de ville, les centres de planification ou d'éducation familiale pourront désormais conclure une convention spécifique avec un tel établissement qui permettra aux médecins exerçant dans ces centres de pratiquer une IVG, étant précisé qu'il s'agira, comme pour les médecins libéraux, d'une interruption par voie médicamenteuse.

Enfin, le **III** du présent article complète l'article L. 2311-3 du code de la santé publique relatif aux missions des centres de planification ou d'éducation familiale, par une nouvelle phrase précisant, par coordination avec les dispositions précédemment prévues par le présent article, que le centre de planification – en fait, il s'agit plutôt des médecins qui exercent en son sein – est autorisé à pratiquer des IVG par voie médicamenteuse.

Cette possibilité est toutefois subordonnée au respect des conditions prévues par les articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du même code, qui comportent un certain nombre de prescriptions destinées à assurer l'information, en particulier sur les risques de l'intervention, et donc le consentement éclairé des femmes

concernées. Le renvoi à ces dispositions du code de la santé publique leur permettra également d'avoir accès à des consultations sociales au cours desquelles une assistance et des conseils appropriés à leur situation leur seront apportés.

Article 47

Dépistage et vaccination gratuits des hépatites virales en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Selon les données épidémiologiques de l'Institut national de veille sanitaire (INVS), plus de 500 000 personnes seraient porteurs d'hépatites C ou B chroniques, dont environ 280 000 pour le virus de l'hépatite B, parmi lesquelles 55 % ignoreraient leur statut sérologique ⁽¹⁾, et chaque année, ces deux hépatites virales seraient responsables de près de 4 000 décès.

Parmi les principaux facteurs de risque figurent notamment l'usage de drogues par voie intraveineuse ou nasale. Selon l'enquête réalisée par l'INVS en 2004, la prévalence de l'hépatite B serait par ailleurs en progression par rapport à 1994.

En raison de cette évolution, plusieurs organismes, telles que l'INVS et, très récemment, l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé ⁽²⁾ (OPEPS), ont souligné la nécessité d'améliorer le dépistage et la couverture vaccinale de la population contre les hépatites. Le comité stratégique du programme national de lutte contre les hépatites a notamment préconisé de cibler les populations les plus à risque et, dans cet objectif, de mettre en place un dispositif de vaccination gratuite des usagers de drogue par voie intraveineuse ou nasale, qui sont souvent en situation de gratuité.

C'est pourquoi le présent article tend à insérer un nouvel article L. 3411-4 dans le code de la santé publique, dont le premier alinéa prévoit que le dépistage des hépatites virales et la vaccination contre ces virus sont gratuits et anonymes lorsqu'ils sont effectués dans un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Il convient à cet égard de rappeler que ces structures, créées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, ont permis d'unifier le régime juridique des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et des centres de cure ambulatoires en alcoologie et d'offrir ainsi une prise en charge multidisciplinaire plus cohérente des différentes formes d'addiction toxicologique, en renforçant l'accessibilité des soins.

Les missions des CSAPA ont été précisées par le décret n° 2007-877 du 14 mai 2007, dont les principales dispositions sont reproduites ci-après.

(1) Cf. notamment l'enquête nationale de prévalence des marqueurs sériques des infections dues aux virus des hépatites B (VHB) et C (VHC) de 2003 à 2004 et le rapport « La prévalence des hépatites B et C en France en 2004 » de l'INVS (décembre 2006).

(2) Rapport n° 476 de M. Paul BLANC, fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS), « Vaccins : convaincre et innover pour mieux protéger » (28 septembre 2007).

Ces dispositions permettront ainsi de renforcer l'accessibilité de la vaccination contre le virus de l'hépatite B dans la mesure où les CSAPA « assurent déjà la prise en charge des personnes toxicomanes et disposent du personnel médical et paramédical idoines », comme le rappelle l'exposé des motifs du projet de loi.

Les principales missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

« Les CSAPA assurent, pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives ainsi que pour leur entourage :

1° L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage. Dans ce cadre, ils peuvent mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs ;

2° La réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives ;

3° La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. Elle comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

Les centres assurent le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés. Ils peuvent également prendre en charge des personnes présentant des addictions sans substances. Les CSAPA peuvent spécialiser leur activité de prise en charge en direction de personnes consommant des substances psychoactives illicites ou de l'alcool et assurent soit des prestations ambulatoires, soit des prestations en hébergement individuel ou collectif, soit ces deux prestations. »

Source : articles D. 3411-1 et suivants du code de la santé publique

Afin de garantir la gratuité totale de ces actes, le second alinéa du présent article précise que les dépenses y afférentes seront prises en charge par l'assurance maladie, en écartant dans ce cas l'application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, au ticket modérateur ainsi qu'au forfait journalier hospitalier.

Article 48

Fixation du montant de la dotation et du plafond de dépenses du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

Institué par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) est né de la fusion de la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) et du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) – pour une présentation détaillée des missions de ce fonds, cf. *supra*, le commentaire présenté sous l'article 5 du projet de loi.

Le présent article propose de fixer à 301 millions d'euros le montant de la participation des régimes d'assurance maladie au FIQCS pour 2008, contre 178 millions d'euros prévus pour le FAQSV par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (comprenant environ 10 millions de crédits pour l'évaluation des pratiques professionnelles, qui ne relèvent pas du champ du FIQCS) et 170 millions d'euros prévus en 2007 pour la DNDR.

***Évolution des crédits du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV),
de la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR)
et du FIQCS depuis 2002***

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	2008**
FAQSV							
Dotation	80	20	15	60	60	108	-
Consommation	50	55	59	67	53	43	-
DNDR							
Dotation	23	46	125	165	170	170	-
Consommation	23	46	125	165	170	54	-
FIQCS							
Dotation						-	301
Consommation						160	

Source : lois de financement de la sécurité sociale et Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

* prévisions de consommation des crédits

** montant de la dotation prévu par le présent article

Il est d'autre part proposé de fixer le montant du plafond des dépenses du FIQCS à 355 millions d'euros pour 2008, contre 125 millions d'euros prévu pour le seul FAQSV en 2007, conformément à l'article 5 du présent projet de loi.

Article 49

Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Cet article a pour objet de fixer les montants des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour le régime général et pour l'ensemble des régimes obligatoires de base pour l'année 2008, comme le prévoit l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

1. Les périmètres respectifs des objectifs de dépenses de la branche maladie et de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

Conformément à l'article L. O. 111-4 du même code, l'annexe n° 7 au présent projet de loi précise le périmètre de l'ONDAM ainsi que les modalités de

passage de celui-ci aux objectifs de dépenses des différentes branches de sécurité sociale. Il en ressort que ces deux catégories d'objectifs présentent principalement trois différences.

- En premier lieu, les objectifs de dépenses des branches recouvrent des postes de dépenses plus nombreux que ceux relevant de l'ONDAM.

Ainsi, la branche maladie, maternité, invalidité et décès comprend un plus vaste champ de prestations, telles que les indemnités journalières versées pendant les périodes de congé maternité ou les prestations décès et invalidité, comme l'illustre le tableau récapitulatif présenté ci-après.

C'est l'une des raisons pour lesquelles le taux de progression de l'ONDAM peut différer sensiblement de celui des dépenses de la branche maladie, celles-ci étant dépendantes de variables d'évolution pour partie distinctes.

- Les dépenses de la branche maladie sont retracées selon des règles comptables tandis que l'ONDAM est un concept de nature économique.

En effet, le taux d'évolution de l'ONDAM correspond à la progression des dépenses prévues par l'objectif fixé pour l'année $n + 1$ par rapport aux dépenses prévisionnelles de soins, en droits constatés, au titre de l'année n . Or ces prévisions font l'objet de révisions régulières jusqu'en année $n + 2$, qui permettent progressivement de mieux connaître la situation économique réelle de la consommation de soins en année n .

En revanche, les dépenses de prestations de l'année n présentées dans les comptes des branches sont arrêtées définitivement lors de la clôture de ces derniers. Des dotations aux provisions permettent en effet de prendre en compte les prévisions de dépenses de soins à financer au titre de l'exercice clos, qui ne sont pas encore liquidées, mais le montant de ces dotations est définitif d'un point de vue comptable.

- Enfin, les objectifs de dépenses de la branche sont définis pour le régime général ou reposent sur l'addition des données comptables de l'ensemble des régimes de base, alors que l'ONDAM est d'emblée construit comme un objectif inter-régimes.

En d'autres termes, comme il est résumé dans l'annexe 7 précitée, « *le caractère économique, inter-régimes et périodiquement actualisable de l'ONDAM diffère du caractère comptable, reposant sur l'addition des comptes de chaque régime et construit à partir des comptes définitivement clos de l'année précédente des objectifs de dépenses du projet de loi de financement de la sécurité sociale* ».

**Les modalités de passage de l'ONDAM à l'objectif de dépenses
de la branche maladie, maternité, invalidité et décès**

Objectif de la branche maladie, maternité, invalidité décès		Objectif de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP)	
Hors ONDAM	ONDAM		Hors ONDAM
<i>A. Gestion technique</i>	<i>A. Gestion technique</i>		<i>A. Gestion technique</i>
I. Prestations sociales :	I. Prestations légales maladie maternité, hors IJ maternité :	Prestations pour incapacité temporaire :	Prestations pour incapacité permanente
– prestations en espèce : indemnités journalières (IJ) maternité			
– prestations invalidité décès – prestations extra-légales (action sanitaire et sociale*)	– prestations en nature maladie maternité	– prestations en nature (ville, établissements)	
– Actions de prévention – Autres prestations	– prestations en espèce IJ maladie	– indemnités journalières suite à un accident du travail	
II. Charges techniques	II. Charges techniques dont :		II. Charges techniques
	– prise en charge de cotisations des professionnels libéraux		– rentes accidents du travail – dotation au fond amiante
	– dotation aux fonds : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) Fonds des actions conventionnelles (FAC) Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)		
III. Diverses charges			III. Diverses charges
IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM			IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM
V. Charges financières			V. Charges financières
<i>B. Gestion courante</i>	<i>B. Gestion courante</i>		<i>B. Gestion courante</i>
	– aides à la télétransmission		
<i>C. Charges exceptionnelles</i>			<i>C. Charges exceptionnelles</i>

Source : annexe 7 du projet de loi

* Depuis fin 2006, les dépenses au titre des affections de longue durée (ALD) dites 31 et 32 ont basculé des prestations extralégales (action sanitaire et sociale) aux prestations relevant du risque maladie, qui sont comptabilisées dans l'ONDAM.

2. Les objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2008

Pour 2008, le présent article propose de fixer les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès :

- à 179,6 milliards d’euros pour l’ensemble des régimes de base ;
- à 155,2 milliards d’euros pour le régime général.

Dans les deux cas, les montants proposés correspondent à une progression de 3,6 % par rapport aux objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2007 tels que rectifiés par le présent projet de loi.

Évolution des objectifs de dépenses de la branche maladie entre 2007 et 2008

(en milliards d’euros)

	Objectifs fixés pour 2007*	Objectifs rectifiés pour 2007**	Objectifs fixés pour 2008***	Progression en 2008
Tous régimes	170,1	173,4	179,6	3,6 %
Régime général	146,7	149,7	155,2	3,6 %

* Montants des objectifs prévus par l’article 6 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

** Montants des objectifs tels que rectifiés par l’article 6 du projet de loi

*** Montants des objectifs proposés par le présent article.

Article 50

Fixation du montant et de la ventilation de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (ONDAM)

Cet article vise à déterminer les montants de l’objectif national des dépenses d’assurance maladie (ONDAM) de l’ensemble des régimes obligatoires de base et de ses sous-objectifs, conformément à l’article L. O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

1. Le montant de l’ONDAM pour 2008

Il est tout d’abord proposé de fixer le montant de l’ONDAM à 152,1 milliards d’euros pour 2008, contre 144,8 milliards d’euros prévus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Le montant proposé correspond ainsi à une progression des dépenses de 2,8 % par rapport aux réalisations de dépenses prévues pour 2007 intégrant les modifications de périmètre de l’ONDAM (*cf. infra*), encore appelées « base 2008 ». Par comparaison, le montant de l’objectif national fixé par le Parlement pour 2007 représentait une hausse de 2,6 % par rapport au montant des dépenses d’assurance maladie telles qu’on les estimait alors pour l’année 2006 (sur la construction de l’ONDAM pour 2007, *cf.* le commentaire présenté sous l’article 7 du présent projet de loi).

Il s'agit donc d'un taux de progression des dépenses sensiblement plus élevé que pour les exercices précédents, puisqu'il s'élève en fait à 3,4 % pour 2008, si l'on ne tient pas compte de l'impact des nouvelles franchises prévues par le présent projet de loi, qui entraîneront en effet de moindres dépenses pour l'assurance maladie, estimées par le gouvernement à 850 millions d'euros

Selon l'annexe n° 7 au projet de loi, le montant de l'objectif national proposé par le présent article intègre à la fois :

– le dépassement prévisionnel de l'ONDAM pour 2007, qui a été estimé à 2,9 milliards d'euros par la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion de septembre dernier ;

– l'impact pour 2007 et 2008 des mesures de redressement proposées par les caisses d'assurance maladie et reprises par le gouvernement dans le cadre du plan d'économies annoncé le 4 juillet 2007, suite au déclenchement de la procédure d'alerte ;

– les effets des mesures prévues par le présent projet de loi afin de renforcer la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, y compris les actions structurelles destinées à améliorer l'efficacité du système des soins.

2. La ventilation de l'ONDAM pour 2008

En application des dispositions prévues par la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005, le présent article a également pour objet de fixer les montants de chacun des sous-objectifs de l'ONDAM, dont le nombre a été fixé à six par le gouvernement.

Ces sous-objectifs, dont l'intitulé est inchangé par rapport aux lois de financement de la sécurité sociale pour 2006 et 2007 afin d'assurer une meilleure lisibilité dans le temps sur leur évolution, recouvrent les principaux postes de dépenses de l'assurance maladie.

S'agissant des *soins de ville*, l'objectif de dépenses proposé s'élève à 70,7 milliards d'euros, soit une hausse de 3,2 % par rapport aux dépenses prévisionnelles pour 2007. Il s'agit ainsi d'un taux de progression identique à celui prévu pour les établissements de santé si l'on exclut l'impact des franchises prévues par l'article 35 du projet de loi, qui est évalué à 1,2 % selon l'annexe n° 7 précitée. Le montant proposé pour les soins de ville s'appuie par ailleurs sur l'hypothèse réaliste d'une croissance tendancielle des dépenses de 5 %, à laquelle sont ajoutées les prévisions de charges et d'économies pour 2008 (effets report des mesures engagées en 2007 et mesures nouvelles prévues par le présent projet de loi).

Les deux sous-objectifs relatifs aux *établissements de santé* tarifés à l'activité et aux autres dépenses de ces établissements, communément appelés « ONDAM hospitalier », sont respectivement fixés à 48,9 milliards d'euros et 18,8 milliards d'euros, ce qui correspond à une augmentation totale de 3,2 % pour 2008.

S'agissant des objectifs de dépenses relatifs aux *établissements et services médico-sociaux*, l'effort consenti en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées, dans le cadre notamment du « Plan solidarité grand âge », se traduit par une progression de 6,5 % pour 2008. À cet égard, il convient de rappeler que ces deux postes de dépenses constituent désormais une dotation de l'assurance maladie servant à financer l'objectif global de dépenses (OGD) géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Par conséquent, aucun dépassement des sous-objectifs n'est possible à moins de réviser cette dotation.

Enfin, le sous-objectif de dépenses relatives aux *autres modes de prise en charge* est fixé à 0,9 milliard d'euros, en hausse de 2 % par rapport à 2007. Ce sous-objectif comprend :

- les dépenses de remboursement de soins des Français à l'étranger ;
- les dépenses des structures médico-sociales spécialisées en addictologie, en forte progression du fait de la mise en œuvre du plan gouvernemental de lutte contre les pratiques addictives, engagé en novembre 2006 ;
- la dotation de l'assurance maladie au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) créé par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Par ailleurs, le périmètre de l'ONDAM s'élargit au total de 175 millions d'euros par rapport à 2007, en raison de la création du fonds des actions conventionnelles (FAC), dont les dépenses sont imputées sur le sous-objectif des soins de ville (123 millions d'euros hors crédits consacrés à l'évaluation des pratiques professionnelles, puisqu'ils étaient déjà pris en compte dans l'ONDAM) et au refinancement par l'assurance maladie de l'apport exceptionnel de la CNSA en 2007 (52 millions d'euros). Les autres changements de périmètres sont internes à l'ONDAM et précisément définis dans l'annexe n° 7 susmentionnée.

Il convient enfin de rappeler qu'en application de l'article L. O.111-7-1 du code de la sécurité sociale les amendements d'origine parlementaire peuvent modifier le montant des sous-objectifs de dépenses, mais le solde ne peut être positif, c'est-à-dire conduire à une augmentation du montant de l'objectif national proposé par le gouvernement.

Le tableau ci-dessous récapitule les principales données relatives à la construction de l'ONDAM pour 2008 tel que prévu par le présent article.

La construction et la ventilation de l'ONDAM pour 2008

(en milliards d'euros)

	Base 2008	Sous objectifs**	Taux d'évolution*
1. Soins de ville	69,3	70,7	2,0 %
<i>Sous-total « ONDAM hospitalier »</i>	65,6	67,7	3,2 %
2. Établissements de santé tarifés à l'activité	47,4	48,9	3,2 %
3. Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,2	18,8	3,0%
<i>Sous-total « ONDAM médico-social »</i>	12,0	12,8	6,5 %
4. Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,0	5,4	8,1 %
5. Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,0	7,4	5,3 %
6. Autres prises en charge	0,9	0,9	2,0 %
ONDAM	147,9	152,1	2,8 %

Source : annexe 7 du projet de loi

* Taux d'évolution objectifs, c'est-à-dire prenant en compte l'impact des franchises prévues par l'article 35 du projet de loi

** Montants de l'ONDAM et de ses sous-objectifs de dépenses proposés par le présent article

Article 51

**Dotation de financement de l'Office national d'indemnisation
des accidents médicaux, des affections iatrogènes
et des infections nosocomiales (ONIAM)**

Cet article fixe à 50 millions d'euros la dotation affectée en 2008 à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

L'ONIAM est un établissement public administratif institué par l'article L. 1142-22 du code de la santé publique, issu de l'article 98 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé, l'ONIAM a pour missions principales d'indemniser les victimes d'aléas thérapeutiques et d'assurer le bon fonctionnement du dispositif de réparation des accidents médicaux institué par la loi du 4 mars 2002.

Il veille ainsi, en premier lieu, à la mise en œuvre effective de la procédure de règlement amiable prévue par les articles L. 1142-4 et suivants du code de la santé publique en cas d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales. L'office prend en charge à ce titre les frais de fonctionnement des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) – qui sont chargées de rendre, après expertise, un avis indiquant le caractère indemnisable ou non du dommage (lien avec une activité ou un produit de santé, caractère de gravité des dommages subis), l'étendue des dommages subis

et le régime d'indemnisation applicable – et leur apporte également un soutien technique et administratif, notamment en mettant à leur disposition le personnel nécessaire ⁽¹⁾.

Il est chargé, en second lieu, de l'indemnisation au titre de la solidarité nationale des dommages occasionnés par la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'un « aléa thérapeutique », c'est-à-dire lorsque, en l'absence de faute, les préjudices sont en rapport avec un acte de prévention, de diagnostic ou de soins ayant entraîné des conséquences anormales et très graves par rapport à l'acte pratiqué ⁽²⁾.

En outre, la loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 sur la responsabilité civile médicale a étendu ses missions :

– à la réparation des dommages résultant d'infections nosocomiales dans les établissements de santé, dès lors qu'ils correspondent à un taux d'incapacité permanente partielle (IPP) supérieur à 25 % ou en cas de décès provoqué par cette infection ;

– à la prise en charge financière des obligations de l'association « France-Hypophyse » résultant des contentieux civils relatifs à l'indemnisation des victimes de la maladie de Creutzfeldt-Jakob transmise par l'hormone de croissance d'origine humaine.

Par ailleurs, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a transféré à l'ONIAM :

– l'indemnisation des victimes d'accidents résultant de vaccinations obligatoires, précédemment effectuée par la direction générale de la santé (DGS) ;

– l'indemnisation des victimes contaminées par le VIH, précédemment assurée par le Fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles (FITH) qui a de ce fait disparu ;

– l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux résultant des mesures d'urgences prescrites par arrêté motivé du ministre chargé de la santé en cas de menace sanitaire grave, en application de l'article L. 3131-1 du code de la santé publique.

(1) *Les commissions régionales sont chargées de faciliter les règlements amiables des litiges relatifs aux accidents entre les usagers et les professionnels de santé, les établissements de santé, les services de santé ou les producteurs de produits de santé. Il leur incombe également de statuer sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages résultant d'accidents médicaux graves ainsi que sur l'existence d'une faute ou d'un aléa thérapeutique.*

(2) *Si la CRCI estime qu'il s'agit d'un aléa thérapeutique, l'ONIAM doit faire une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis par la victime. Après acceptation de l'offre, l'office verse à la victime ou à ses ayants droit les indemnités correspondantes, lesquelles peuvent prendre la forme d'une rente.*

On rappellera enfin que la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur a étendu les missions de l'ONIAM à l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales imputables à des activités de prévention, de diagnostic ou de soins réalisées en application des mesures d'urgence prescrite par arrêté motivé du ministre de la santé et à l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux imputables aux activités réalisées lorsque le ministre de la santé fait appel à la réserve sanitaire par arrêté motivé.

En application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'ONIAM est financé en partie par une dotation globale des régimes d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Le tableau ci-après présente l'évolution de la dotation globale de financement depuis 2002.

Évolution de la dotation globale de financement de l'ONIAM

(en millions d'euros)

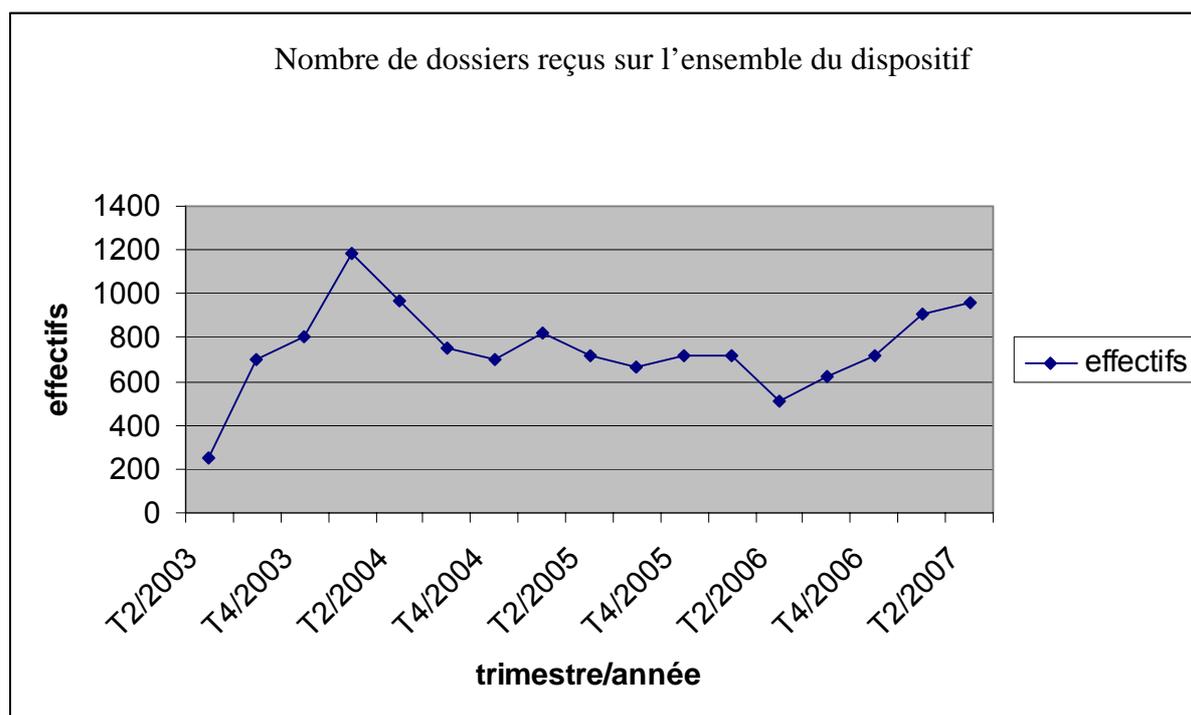
2002	2003	2004	2005	2006	2007
70	70	70	30	0	0

Pour l'exercice 2008, le présent article propose de fixer le montant de la dotation globale à 50 millions d'euros, alors qu'aucune dotation n'avait été prévue pour l'exercice 2006 et 2007 du fait de l'importance des crédits alloués au titre des exercices précédent (240 millions d'euros au total) et non utilisés en totalité par l'ONIAM.

La dotation proposée par le projet de loi s'inscrit en effet dans le cadre d'une montée en charge de certaines activités de l'ONIAM.

D'après le dernier rapport public d'activité de l'ONIAM (deuxième semestre 2006) prévu par l'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, dont les dispositions ont été codifiées à l'article L. 1142-22-1 du même code et d'après les informations recueillies par le rapporteur, l'activité des CRCI, qui bénéficient des moyens mis à disposition par l'ONIAM, est en forte croissance. La mesure de cette activité montre un net retournement de la tendance observée depuis plusieurs semestres. En effet, après une relative stagnation observée en 2005 et 2006, l'activité des commissions est en très forte croissance sur le premier semestre 2007. Le nombre de dossiers déposés auprès des commissions est en hausse moyenne de 32 % d'un semestre sur l'autre et la moyenne mensuelle des dossiers déposés a passé la barre des 300.

Évolution du nombre des dossiers reçus



Source : ONIAM

De même, l'état des crédits engagés en 2007 met en évidence une consommation des crédits d'indemnisation des accidents médicaux supérieure aux prévisions nécessitant un abondement de ces crédits par prélèvement sur le fonds de roulement qui voit ainsi son niveau diminuer.

Résultat de l'exécution budgétaire et montant du Fonds de roulement

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006
Dépenses	0,048	2,789	9,029	29,196	50,206
Recettes	70,000	70,000	70,015	30,203	10,234
Résultat comptable	69,951	67,210	60,986	1,006	-39,971
Fonds de roulement	69,945	136,679	197,694	202,905	165,473

Source : ONIAM

Dans ces conditions, il serait assez imprudent de ne pas doter l'ONIAM des crédits qui lui seront nécessaires pour faire face, le moment venu, à l'indemnisation des victimes d'accidents et d'affections.

Il convient de souligner que l'ONIAM procède depuis plusieurs années à une mutualisation de ses moyens avec le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). Les deux établissements sont implantés dans le même immeuble (la tour Gallieni II à Bagnolet) et ils continuent de développer leur

politique de mutualisation des moyens engagée il y a deux années, notamment en matière de logistique, d'informatique et de comptabilité.

Article 52

Contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)

Cet article porte à 75 millions d'euros le montant pour 2008 de la participation des régimes d'assurance maladie à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) chargé des actions de prévention et de gestion des moyens de lutte contre les risques sanitaires exceptionnels.

Afin de faire face à l'accroissement du risque épidémique, aux impératifs de l'urgence et à l'ampleur de la tâche que représentent la préparation et la gestion de crises sanitaires, la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur a institué un nouvel établissement public.

L'institution de cet établissement s'inscrit dans la continuité des dispositions de l'article 97 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 qui avait créé un Fonds de prévention des risques sanitaires et rationalisé les règles de financement des mesures relatives aux menaces sanitaires graves.

Trois grandes missions incombent désormais à l'EPRUS, établissement de l'État à caractère administratif (EPA) placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

L'EPRUS assure en premier lieu l'administration de la réserve sanitaire nouvellement créée, constituée de volontaires (professionnels de santé en activité, retraités, étudiants en formations médicales et paramédicales sous certaines conditions de formation) et appelée à intervenir en cas de menace sanitaire de grande ampleur pour mettre à la disposition du système de santé des renforts entraînés et structurés, que ce soit dans les cabinets libéraux ou dans les établissements de santé publics ou privés. C'est en effet auprès du directeur général de l'établissement public que les réservistes souscrivent un contrat d'engagement à servir dans la réserve sanitaire d'intervention ou de renfort et c'est également le directeur général qui a pour mission d'affecter les réservistes sur le terrain, en fonction des besoins exprimés par les préfets du département ou de la zone de défense concernés.

Il lui incombe également de mener, à la demande du ministre chargé de la santé, des actions de prévention et de gestion des risques sanitaires exceptionnels et en particulier de constituer des stocks de produits nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves. L'établissement reprend ainsi les missions antérieurement dévolues au Fonds de prévention des risques sanitaires institué par l'article 97 de la loi n° 2006-1040 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, en remplacement du fonds de concours dit « fonds Biotox ».

Enfin, l'EPRUS peut également, à la demande du ministre chargé de la santé, fabriquer et distribuer des médicaments et dispositifs médicaux qui correspondent « à des besoins de santé publique, thérapeutiques ou diagnostiques non couverts par ailleurs », en raison soit d'une rupture ou d'une cessation de commercialisation, soit d'une production en quantité insuffisante, soit encore lorsque toutes les formes nécessaires ne sont pas disponibles. L'EPRUS dispose à ce titre du statut d'« établissement pharmaceutique » et se trouve soumis au contrôle de l'Agence française de sécurité des produits de santé (AFSSAPS).

L'article L. 3135-4 du code de la santé publique dispose que l'EPRUS bénéficie de huit catégories de ressources : taxes, redevances pour services rendus, produit des ventes des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves, reversements et remboursements effectués par les établissements de santé et les cabinets libéraux où des réservistes auraient été affectés en renfort, contribution à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie, subventions, notamment de l'État, produits divers, dons et legs et emprunts.

Le montant de la contribution à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale afin de préserver le contrôle du Parlement sur la dépense publique. Par ailleurs, l'article L. 3135-4 du code de la santé publique prévoit que le montant de la contribution des régimes d'assurance maladie ne peut excéder la moitié des dépenses de l'établissement public au titre des missions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 3135-1, c'est-à-dire liées à la constitution des stocks de produits de santé, qui relevaient précédemment du « fonds Biotox ». Cette règle d'encadrement s'explique par le fait que la prise en charge des mesures de protection des populations dans le domaine sanitaire relève du domaine régalien et doit donc incomber prioritairement à l'État. C'est d'ailleurs pour cette raison que des dispositions analogues avaient été prévues à l'article 97 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 précitée relatif au Fonds de prévention des risques sanitaires (FPRS). Toutefois, pour des raisons de souplesse en termes de gestion, il est prévu que le respect du plafond évoqué plus haut sera apprécié sur trois exercices consécutifs. Le dépassement constaté sur un ou deux exercices pourrait ainsi être accepté, à condition d'être équilibré, au plus tard la troisième année, par une participation moindre des régimes d'assurance maladie permettant d'afficher un niveau de contribution inférieur ou égal à 50 % des dépenses concernées sur les trois exercices considérés.

Le présent article porte à 75 millions d'euros le montant pour 2008 de la participation des régimes d'assurance maladie, en baisse sensible par rapport à la participation au titre de 2007 qui s'élevait à 175 millions d'euros. Ce montant intègre en effet un effet « report des crédits » non consommés des années précédentes et tient également compte de la constitution déjà réalisée de stocks de produits nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves qu'il n'est pas encore question de renouveler.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles

Article 54

Plafonnement de l'indemnisation des accidents du travail successifs

Cet article vise à modifier marginalement les modalités d'indemnisation des accidents du travail successifs régies par les articles L. 434-1 et suivants du code de la sécurité sociale afin d'éviter que dans certains cas d'accidents du travail successifs, le montant de la rente pour accident du travail ou maladie professionnelle ne dépasse le montant de l'ancien salaire qui a servi de base à son calcul.

- *Les règles générales de l'indemnisation de l'incapacité permanente*

La victime d'un accident du travail qui garde une infirmité permanente a droit à une indemnisation en fonction de son taux d'incapacité.

L'indemnisation de l'incapacité permanente au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est régie par les articles L. 434-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Si l'incapacité permanente est inférieure à 10 %, les articles L. 434-1 et R. 434-1 du code de la sécurité sociale disposent que la victime a droit à une indemnité en capital. Le montant de l'indemnité en capital est alors fonction du taux d'incapacité de la victime et déterminé par un barème forfaitaire fixé par décret. Ce montant est révisé lorsque le taux d'incapacité augmente tout en restant dans une limite inférieure à 10 %.

Lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à 10 %, les articles L. 434-2 et R. 434-2 du code de la sécurité sociale disposent que la victime a droit à une rente calculée d'après le salaire annuel antérieur et le taux d'incapacité qui est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité. Ce taux d'incapacité peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de l'incapacité. En outre, dans les cas où l'incapacité permanente oblige la victime, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente est majoré.

- *Le cas particuliers des accidents successifs avant la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.*

Le quatrième alinéa (avant-dernier alinéa) de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale prévoit certaines modalités spécifiques de calcul de la rente en cas d'accidents successifs.

Dans sa rédaction antérieure à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, l'article L. 434-2 n'envisageait pas le cumul d'une rente avec une indemnité en capital et ne posait pas non plus explicitement le principe du cumul des taux d'incapacité pour le calcul de la rente, par référence au salaire de la victime lorsqu'elle était en activité mais se bornait à imposer la référence à un salaire minimum. La mise en œuvre de cette disposition en cas d'accidents successifs a été à la source de nombreux contentieux de la part d'accidentés du travail et la Cour de cassation a fini par rendre le 8 février 1993 deux décisions qui ont rejeté le principe du cumul des taux d'incapacité due à des accidents successifs. Selon elle, « *le taux d'incapacité permanente de la victime est fixé pour chaque accident* » (pourvoi n° 90-19910, 8 février 1993) et une indemnité en capital est attribuée à la victime de tout accident du travail, qu'il soit unique ou survenu après d'autres accidents professionnels « *dès lors que l'incapacité permanente en résultant est inférieure à 10 %* » (pourvoi n° 92-10451, assemblée plénière, 8 février 1993).

Cette situation aboutissait à des conséquences pratiques difficilement admissibles pour les victimes. En effet, lorsque se produisaient deux petits accidents correspondant à des taux d'incapacité inférieure à 10 % mais dont la somme était supérieure à 10 %, il n'était pas procédé au versement d'une rente calculée à partir de la somme des taux d'incapacité mais chacun des deux accidents donnait lieu à l'attribution d'une indemnité en capital. De même, si une personne déjà victime d'un accident provoquant une incapacité supérieure à 10 % subissait un nouvel accident entraînant une incapacité inférieure à 10 %, celle-ci ne donnait pas lieu au versement d'une rente calculée à partir de la somme des deux taux d'incapacité, mais au maintien de la rente, assortie du versement d'une indemnité en capital. Enfin, la situation était encore compliquée par le jeu des coefficients réducteurs ou multiplicateurs prévus par l'article R. 434-2 du code de la sécurité sociale qui dispose que la rente à laquelle a droit la victime tient compte du taux d'incapacité « *préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50 % et augmenté de la moitié pour la partie qui excède 50 %* ». Par exemple, le fait de prendre en compte séparément deux accidents du travail provoquant chacun une invalidité à 30 % (soit le salaire x 15 %) n'avait pas les mêmes conséquences que de calculer une indemnisation pour un accident du travail ayant provoqué 60 % d'invalidité (salaire x 55 %).

Ces inégalités de traitement entre les victimes d'accidents successifs et les victimes d'un seul accident pour un taux d'invalidité donné ont dès lors conduit le législateur à modifier l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale à l'occasion du vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

• *La règle actuelle d'indemnisation en cas d'accidents successifs est certes plus favorable aux victimes mais comporte désormais un risque certain de dérive*

En cas d'accidents successifs, l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale dispose maintenant que « *le taux ou la somme des taux d'incapacité*

permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation prévue au deuxième alinéa pour le calcul de la rente afférente au dernier accident », c'est-à-dire que le taux est maintenant fixé en considération du taux global d'incapacité atteint par l'intéressé et non plus accident par accident, comme l'avait jugé la Cour de cassation.

Le nouveau dispositif règle ainsi des situations qui pouvaient paraître inéquitables et permet une meilleure indemnisation des victimes en tenant compte plus favorablement de leur situation antérieure.

Il présente néanmoins mathématiquement le risque que le montant de la rente servie dépasse dans certains cas le montant de l'ancien salaire.

- *L'encadrement proposé par l'article 54 du projet de loi*

Le cas de figure qui existe potentiellement aujourd'hui de voir le montant de la rente supérieur au montant de l'ancien salaire est doublement critiquable dans la mesure où la finalité de la rente est avant tout d'indemniser la perte de capacité en gain et où aucun accident ne peut occasionner à lui seul plus de 100 % d'incapacité permanente.

C'est pourquoi l'article 54 du présent projet de loi complète l'avant dernier alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale pour mentionner désormais explicitement que « *le montant de la rente afférente au dernier accident ne peut dépasser le montant du salaire servant de base au calcul de la rente* ».

Avec cette disposition, il s'agit de s'assurer que le taux de la rente soit bien en toutes hypothèses plafonné à 100 %.

Article 55

Clarification du régime des rentes de certains ayants droit de victimes d'accidents du travail

Cet article a pour objet de modifier le II et le III de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 afin de clarifier le régime des rentes de certains ayants droit de victimes d'accidents du travail et de remédier à certaines inégalités de traitement.

- *La loi de financement pour la sécurité sociale pour 2002 a amélioré les rentes viagères servies aux ayants droit d'une personne décédée à la suite d'un accident du travail.*

La loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 a modifié le dispositif de l'article L. 434-8 du code de la sécurité sociale afin d'étendre les bénéficiaires et d'améliorer significativement les rentes viagères servies aux ayants droit d'une personne décédée à la suite d'un accident du travail.

Alors que seul le conjoint était à l'origine visé, et encore sous réserve que le mariage ait été contracté antérieurement à l'accident ou, à défaut qu'il l'ait été depuis une durée déterminée à la date du décès sauf si les époux avait eu un ou plusieurs enfants, l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a en premier lieu complété le I de l'article L. 434-8 du code de la sécurité sociale afin d'étendre le bénéfice de la rente viagère égale à une fraction du salaire annuel de la victime à deux nouvelles catégories d'ayants droit : la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité (PACS) avec la victime et la personne vivant en concubinage avec celle-ci. Hormis le cas ou les concubins ou les partenaires du pacte civil de solidarité ont eu un ou plusieurs enfants, de semblables conditions de conclusion du pacte civil de solidarité ou d'établissement de la situation de concubinage antérieurement à l'accident ou depuis une durée déterminée à la date du décès étaient parallèlement exigées. Il s'agissait notamment, avec une telle extension des catégories d'ayants droit susceptibles de bénéficier d'une rente viagère, de tirer les conséquences du vote de la loi n° 99-944 du 15 novembre 1999 relative au PACS.

Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prévoit que les dispositions de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 sont applicables aux « accidents » survenus à compter du 1^{er} septembre 2001. Il s'agissait avec cette disposition d'améliorer, à titre rétroactif, le sort des ayants droit des victimes de l'accident de l'usine AZF survenu à Toulouse le 21 septembre 2001 et qui avait provoqué la mort de 30 personnes, dont 21 personnes liées à l'usine AZF, soit en tant que salariés, soit dans le cadre d'un contrat de sous-traitance.

Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 augmente de manière significative, pour les accidents survenus à compter du 1^{er} septembre 2001 et dans l'attente de l'intervention du décret en Conseil d'État prévu à l'article L. 482-5 du code de la sécurité sociale pour déterminer les modalités d'application du livre IV (« *Accidents du travail et maladies professionnelles (dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)* »), les taux applicables au montant du salaire de la personne décédée afin de calculer le montant de la rente viagère versée aux ayants droit.

Le taux applicable au montant du salaire de la personne décédée afin de calculer le montant de la rente viagère versée aux ayants droit a ainsi été porté de 30 à 40 % du salaire de la victime pour le conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin survivant. Par ailleurs le taux a été porté de 15 à 25 % de ce salaire pour chacun des deux premiers enfants orphelins et de 10 à 20 % pour chaque enfant au-delà des deux premiers. Pour les orphelins de père et de mère, le complément de rente passait de 20 à 10 % du salaire.

Cette revalorisation des rentes de certains ayants droit de victimes d'accident a par la suite fait l'objet du décret n° 2002-1555 du 24 décembre 2002 relatif à l'indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles et de leurs ayants droit et modifiant le code de la sécurité sociale

mais le gouvernement avait choisi d'intégrer cette amélioration de la situation des ayants droit de victimes d'accidents du travail suivis de mort dès le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 afin de lui donner une valeur rétroactive à compter du 1^{er} septembre 2001.

• *Le régime juridique actuel est à l'origine de difficultés de traitement qui peuvent être facilement corrigées*

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prend comme critère de détermination de la rente des ayants droit la date de l'accident du travail.

Or le fait générateur d'une rente d'ayants droit est traditionnellement le décès et non la maladie. Dès lors que l'on prend en considération ce critère classique du décès, on constate que tous les ayants droit des assurés dont le décès est intervenu après l'entrée en vigueur du décret n° 2002-1555 du 24 décembre 2002 relatif à l'indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles et de leurs ayants droit et modifiant le code de la sécurité sociale, bénéficient, quelle que soit la date de l'accident qui est à l'origine du décès, de l'augmentation des taux applicables au montant du salaire de la personne décédée dans le calcul du montant de la rente viagère qui leur est versée. En revanche, tous ceux dont le décès, et donc l'accident, est antérieur au 1^{er} septembre 2001 ne peuvent bénéficier de la majoration décidée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

La situation des ayants droit de victimes décédées entre le 1^{er} septembre 2001 et l'entrée en vigueur du décret du 24 décembre 2002 est plus contrastée dans la mesure où elle dépend de la date de l'accident du travail à l'origine du décès, ce qui introduit ainsi une inégalité de traitement parmi les ayants droit. En effet, les ayants droit des assurés dont le décès est intervenu entre le 1^{er} septembre 2001 et l'entrée en vigueur du décret mais consécutivement à un accident antérieur au 1^{er} septembre 2001 ne peuvent pas bénéficier des nouveaux taux plus favorables à la différence des ayants droit des assurés pour lesquels l'accident a eu lieu après le 1^{er} septembre. Dès lors, appliquer des taux différents pour des faits générateurs similaires introduit une certaine iniquité.

C'est pourquoi l'article 56 du présent projet de loi vise à remplacer au II et au III de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 le mot « accidents » par le mot « décès » afin que toutes les rentes d'ayants droit liquidées suite à des décès postérieurs au 1^{er} septembre 2001 bénéficient des taux en vigueur actuellement.

L'exposé des motifs indique que « *les arriérés seront versés aux intéressés concernés par la mesure* » sans préciser le coût pour la branche.

Article 56

Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

Cet article porte pour l'année 2008 à 850 millions d'euros la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général de la sécurité sociale au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et à 315 millions d'euros celle au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Le **I** fixe pour 2008 la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général de la sécurité sociale au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

Le dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante a été instauré par l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998, loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, et par le décret d'application n° 99-247 du 29 mars 1999. Sa vocation est d'accorder une période de retraite plus longue à certains salariés dont l'espérance de vie est potentiellement réduite par leur exposition à l'amiante.

Le FCAATA est destiné à financer l'allocation de cessation anticipée d'activité, assimilée à un régime de préretraite en faveur des travailleurs de l'amiante âgés de plus de 50 ans. Il prend en charge les allocations ainsi que les cotisations d'assurance vieillesse volontaire et de retraite complémentaire. L'allocation de cessation anticipée d'activité s'adresse à plusieurs catégories de travailleurs de l'amiante : salariés ou anciens salariés (du régime général ou du régime AT-MP des salariés agricoles) reconnus atteints d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante ou ayant travaillé dans des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, des établissements de flochage et de calorifugeage à l'amiante ou des établissements de construction et de réparation navale. Le champ des salariés éligibles a été progressivement étendu par les lois de financement de la sécurité sociale par exemple aux dockers professionnels et aux personnels portuaires de manutention et, depuis 2003, aux salariés agricoles atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante. A l'exception de quelques fonctionnaires du ministère de la défense qui relève d'un dispositif particulier, il convient de souligner que les fonctionnaires ne peuvent pas bénéficier de ce dispositif, ce qui n'est pas sans poser un problème d'équité.

Les comptes du FCAATA traduisent la montée en charge du dispositif et le rapport du gouvernement au Parlement présentant l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année en cours et pour les vingt années suivantes (2003) a mis en évidence une explosion des coûts de la prise en charge des victimes.

Le nombre d'allocataires présents dans le dispositif a évolué comme suit :

Allocataires en cours du FCAATA

<i>Année</i>	<i>Nombre d'allocataires</i>	<i>Variation</i>
2000	3 785	-
2001	9 152	+ 148 %
2002	16 681	+ 82 %
2003	22 516	+ 35 %
2004	27 409	+ 22 %
2005	31 368	+14 %
2006	33 059	+5,4 %

Source : Rapport FCAATA

En dépit de sa forte décélération, le rythme de croissance du nombre d'allocataires reste donc assez élevé.

En conséquence, il est proposé, pour accompagner cette montée en charge, d'augmenter une nouvelle fois le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles en la portant à 850 millions d'euros pour 2008. On rappellera que le fonds est en outre alimenté par une fraction du produit des droits de consommation sur les tabacs, d'une contribution de la Mutualité sociale agricole (MSA) depuis 2003 et, depuis le 5 octobre 2004, d'une contribution à la charge des entreprises dont les salariés ont été exposés à l'amiante définie à l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Évolution des produits
du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

(en millions d'euros)

Années	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Taux d'évolution 2005/2006
Contribution AT – MP Régime général	205 806	300 000	450 000	500 000	600 000	700 000	17%
Fraction des droits sur les tabacs	31 356	34 315	32 319	27 933	29 084	32 034	10%
Contribution MSA	/	/	(1)	200	(2)		/
Contribution sur les entreprises (3)					68 025	17 921	- 74 %
Produits financiers	646	681	245	118	118	501	325 %%
Reprise sur provisions						2 750	
Total	237 988	334 996	482 565	528 251	697 227	753 206	8 %

(1) Le montant de la contribution de la MSA de 100 000 € pour 2003 a été enregistré sur l'exercice 2004.

(2) L'arrêté fixant la contribution 2005 de la MSA n'est jamais paru. En conséquence, aucun montant n'a été enregistré par la MSA dans ses comptes 2005 et donc dans les comptes du FCAATA.

(3) Depuis le 5 octobre 2004, les entreprises, inscrites sur les listes ou qui supportent directement la charge des dépenses occasionnées par les maladies professionnelles liées à l'amiante, doivent verser une contribution pour chaque nouveau salarié bénéficiaire du dispositif.

Source : rapport FCAATA

Le paragraphe II fixe pour 2008 la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Le FIVA est un établissement public créé spécialement par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et le décret d'application du 23 octobre 2001 pour assurer la réparation intégrale des préjudices des personnes atteintes de maladies liées à l'amiante.

Le sixième rapport d'activité du FIVA au Parlement et au gouvernement, couvrant la période du 1^{er} juin 2006 au 31 mai 2007, ainsi que les statistiques fournies au rapporteur lors de l'audition de M. Roger Beauvois, président du conseil d'administration du fonds, mettent en évidence certaines évolutions marquantes du FIVA.

Les statistiques font état en premier lieu d'une croissance importante de son activité du fait d'un rythme particulièrement élevé du nombre des demandes d'indemnisation. Au 31 août 2007, le nombre des demandes enregistrées s'élève ainsi à 19 342, chiffre très supérieur à celui enregistré à la même date en 2006 (12 627 demandes) et surtout d'ores et déjà supérieur au nombre total de demandes déposées durant toute l'année 2006 (19 206). Sur les huit premiers mois de l'année 2007, la progression du nombre de demandes par rapport à la même période de 2006 est de 53,2 %. Entre janvier et août 2007, le nombre de demandes reçues mensuellement s'élève désormais à 2 418 en moyenne contre 1 578 l'année précédente. Chaque mois, le FIVA doit donc faire face, en moyenne, à

840 demandes supplémentaires par rapport à l'année précédente. Il convient de souligner que la nature des demandes comporte une part croissante d'affections bénignes.

En second lieu, et alors même que le recours prépondérant au service du FIVA (87 %) pour obtenir réparation plutôt qu'à la voie juridictionnelle (13 %) se maintient, le niveau d'acceptation des offres d'indemnisations proposé par le FIVA tend à baisser. Le pourcentage d'acceptation de l'ensemble des offres proposées par le FIVA est ainsi passé de 97 % en 2005 à 93 % en 2006. Si ce niveau reste encore élevé, on constate néanmoins une nouvelle diminution de l'acceptation des offres sur les huit premiers mois de l'année (92 %).

L'effet combiné de l'accroissement du nombre de demandes avec la multiplication des contentieux indemnitaires conduit à une augmentation des délais de traitement des demandes qui met le FIVA dans l'incapacité de remplir sa mission d'indemnisation dans le délai de 6 mois que lui impose la loi. Le délai moyen de présentation des offres d'indemnisation à partir de la création du dossier est passé à 10 mois en moyenne et il est probable que ce délai va continuer à se dégrader d'ici la fin de l'année et en 2008 vu l'évolution des demandes. Alors même que le FIVA privilégie dans toutes ses procédures les offres relatives à des maladies graves, il est préoccupant de constater que le délai de présentation de ces offres se dégrade et passe à 5 mois environ contre une moyenne de 3,5 mois jusqu'ici.

Le président du conseil d'administration du FIVA a également confirmé lors de son audition par le rapporteur que les moyens internes consentis au FIVA ne lui permettent toujours pas, en matière de contentieux subrogatoire, de mener l'ensemble des actions récursoires nécessaires et prescrites par la loi.

L'activité de gestion assumée transitoirement par le fonds de garantie des assurances obligatoires des dommages (FGAO) a pris fin le 31 décembre 2004. Depuis cette date, la compétence du FIVA est devenue entière.

Enregistrement des dossiers (FIVA et FGA)
Flux des dossiers de victimes enregistrés

Date	FGA*	FIVA	Enregistrements FIVA et FGA
Juillet 2002	470		470
Août 2002	175		175
Septembre 2002	669		669
Octobre 2002	618		618
Novembre 2002	640		640
Décembre 2002	657		657
Janvier 2003	633		633
Février 2003	643		643
Mars 2003	614		614
Avril 2003	644		644
Mai 2003	660		660
Juin 2003	140	481	621
Juillet 2003	28	677	705
Août 2003	17	370	387
Septembre 2003	5	626	631

Date	FGA*	FIVA	Enregistrements FIVA et FGA
Octobre 2003	7	807	814
Novembre 2003	3	738	741
Décembre 2003	3	681	684
Janvier 2004	0	594	594
Février 2004	0	701	701
Mars 2004	0	884	884
Avril 2004	0	761	761
Mai 2004	0	550	550
Juin 2004	0	734	734
Juillet 2004	0	676	676
Août 2004	0	481	481
Septembre 2004	0	581	581
Octobre 2004	0	653	653
Novembre 2004	0	728	728
Décembre 2004	0	697	697
Janvier 2005	0	748	748
Février 2005	0	755	755
Mars 2005	0	1161	1161
Avril 2005	0	911	911
Mai 2005	0	690	690
Juin 2005	0	692	692
Juillet 2005	0	485	485
Août 2005	0	319	319
Septembre 2005		534	534
Octobre 2005		824	824
Novembre 2005		730	730
Décembre 2005		618	618
Janvier 2006		717	717
Février 2006		626	626
Mars 2006		927	927
Avril 2006		728	728
Mai 2006		750	750
Juin 2006		830	830
Juillet 2006		645	645
Août 2006		482	482
Septembre 2006		1020	1020
Octobre 2006		1041	1041
Novembre 2006		741	741
Décembre 2006		422	422
Janvier 2007		917	917
Février 2007		840	840
Mars 2007		1379	1379
Avril 2007		1023	1023
Mai 2007		1139	1139
Juin 2007		1302	1302
Juillet 2007		1048	1048
Août 2007		628	628
Total	6 623	38 092	44 715

* *Fonds de garantie des assurances*

Source : FIVA

Les dotations affectées au FIVA depuis sa mise en place, tant au titre des lois de finance qu'au titre des lois de financement pour la sécurité sociale, lui ont permis jusqu'ici de faire face aux dépenses d'indemnisation. Il n'existe pas de clé de répartition fixée par la loi entre les différentes sources de financement mais on constate, de fait, que le FIVA a été financé depuis sa création à 90 % par la branche AT-MP de la sécurité sociale, la dotation de l'État couvrant les 10 % restant.

Ces dotations représentent au total plus de 1,9 milliard d'euros et se répartissent comme suit.

Ressources du FIVA

(en millions d'euros)

Dotations au FIVA (années)	État	Branche AT/MP	Total ressources FIVA
2001		438	438
2002	38,11	180	218,11
2003	40	190	230
2004	0	100	100
2005	52	200	252
2006	47,5	315	362,5
2007	47,5	315	362,5
Total	225,11 (11,47 %)	1 738 (88,53 %)	1 963,11

Source : FIVA

Les différentes dotations de l'État sont versées chaque année en totalité au fonds alors que les dotations de la branche accident du travail et maladies professionnelles du régime général ne le sont qu'en fonction des besoins que le FIVA précise au fur et à mesure.

Dans le dernier rapport d'activité du FIVA, il est précisé que « *le besoin de financement, hypothèse haute pour 2008, pourrait être égal à 500 millions d'euros de dépenses prévisionnelles moins 190 millions d'euros de fonds de roulement positif estimé pour 2007, soit 310 millions* ». Le président du conseil d'administration du FIVA a néanmoins appelé l'attention sur le fait que le fonds de roulement constitué lors de la montée en charge du FIVA les premières années, tendait à disparaître et que ces données seraient à réévaluer à la hausse si les moyens en personnel du FIVA en matière de préparation des décisions, de paiement des offres d'indemnisation et d'action subrogatoire étaient confortés.

Compte tenu de ces éléments, le présent article prévoit pour 2008 le maintien de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds au niveau de 2007, c'est-à-dire à 315 millions d'euros.

Article 57

Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

Cet article a pour objet de fixer à 410 millions d'euros pour l'année 2008 le montant du reversement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) vers la branche maladie du régime général.

Issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997⁽¹⁾, l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale prévoit en effet un reversement forfaitaire annuel à la charge de la branche AT-MP afin de compenser les dépenses indûment supportées par la branche maladie du fait de sous-déclaration et donc de la non-prise en charge par la branche AT-MP des maladies professionnelles et, depuis la loi de financement pour 2002⁽²⁾, des accidents du travail. En effet, en raison de la sous-déclaration des accidents du travail, et surtout des maladies professionnelles, des soins en ville ou à l'hôpital, voire le versement d'une pension d'invalidité, sont imputés à la branche assurance maladie, maternité, invalidité, décès alors que ces charges ressortent en fait du risque accidents du travail et maladies professionnelles.

Ce phénomène de sous-déclaration, mais également de sous-reconnaissance, par les caisses d'assurance maladie des accidents du travail et des maladies professionnelles a des causes multiples et persistantes. La Cour des comptes remarquait ainsi dans son rapport de septembre 2005 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, que « *cette sous-reconnaissance résulte notamment des pratiques différentes des CRAM en la matière. Si certaines pathologies, comme le cancer, font l'objet d'études qui permettent d'évaluer ces phénomènes avec une certaine précision, l'information est en revanche extrêmement lacunaire pour d'autres pathologies professionnelles très répandues, tels que les troubles musculo-squelettiques* ».

En application de l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, il incombe à la loi de financement de la sécurité sociale de fixer, chaque année, le montant du reversement forfaitaire de la branche AT-MP à la branche maladie.

Afin de donner une base de calcul pour la détermination de ce montant, il est prévu qu'une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes dépose au Parlement, tous les trois ans, un rapport « *évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies*

(1) Article 30 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997.

(2) Article 54 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002.

professionnelles », après avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionné à l'article L. 221-4 du même code.

Quatre commissions se sont attachées à l'estimation du montant annuel de ce versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles : celle présidée par M. Alain Deniel en 1997, celles présidées par Mme Marianne Lévy-Rosenwald en 1999 et 2002 et celle présidée par M. Noël Diricq en juin 2005, conseillers-maîtres à la Cour des comptes.

Ces commissions ont permis d'inspirer un nombre important de mesures destinées à réduire la sous-déclaration, qu'il s'agisse de réforme des procédures, d'amélioration de la qualité du service des caisses ou de l'information des praticiens sur les pathologies.

*Principales mesures pour réduire la sous-déclaration
des maladies professionnelles et des accidents du travail*

Mesures	Textes de référence
1998	
Création du Conseil national pour l'enseignement de la prévention du risque professionnel	Arrêté du 10 novembre 1998
1999	
Modification des règles de prescription applicables à la déclaration de maladies professionnelles. Levée de la prescription des maladies professionnelles occasionnées par l'amiante	Article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, n° 98-1194 du 23 décembre 1998
Révision du tableau de maladies professionnelles n° 76 – maladies en milieu d'hospitalisation – et ajout des tableaux n° 97 et n° 98 relatifs aux lombalgies graves	Décret n° 99-95 du 15 février 1999
Modification des règles de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles : suppression de la « contestation préalable » de la caisse, reconnaissance implicite si la caisse n'a pas émis de refus dans un délai déterminé	Décret n° 99-323 du 27 avril 1999
Officialisation des barèmes d'invalidité des accidents du travail et des maladies professionnelles	Décret n° 99-323 du 27 avril 1999
Révision des tableaux de maladies professionnelles n° 19, 40, 45	Décret n° 99-645 du 26 juillet 1999

Réforme de la procédure d'instruction de la reconnaissance des pneumoconioses professionnelles et alignement de leur réparation sur le droit commun des maladies professionnelles. Suppression des collèges de trois médecins et précisions sur la procédure devant les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles	Décret n° 99-746 du 31 août 1999
2000	
Levée de la prescription des maladies de l'amiante est prorogée, puis pérennisée	LFSS pour 2000 et LFSS pour 2002
Révision des tableaux de maladies professionnelles n° 25, 70, 70 bis, 70 ter	Décret n° 2000-214 du 7 mars 2000
Révision des tableaux de maladies professionnelles n° 30 et n°30 bis, amiante	Décret n° 2000-343 du 14 avril 2000
2001	
Création du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)	Article 53 de la loi du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 Décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001
2002	
Extension du champ d'application de l'article L.176-1 du code de la sécurité sociale aux accidents du travail non déclarés	Article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002
Possibilité de reconnaître les maladies professionnelles ne figurant pas dans un tableau dès lors que le pourcentage d'IPP est supérieur ou égal à 25 % (au lieu de 66,66 % antérieurement), au titre du 4 ^e alinéa de l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale	Décret n° 2002-543 du 18 avril 2002
2003	
Institution d'une convention d'objectifs et de gestion pour la branche AT/MP	LFSS pour 2003
Révision du tableau de maladies professionnelles n° 10 ter (acide chromique) et des tableaux relatifs aux allergies n° 2, 5, 8, 10, 10 bis, 11, 12, 13, 15 bis, 31, 33, 36, 37, 37 bis, 38, 41, 43, 47, 49, 50, 51, 62, 63, 65, 66, 73, 74, 82 et 84	Décret n° 2003-110 du 11 février 2003
Révision du tableau de maladies professionnelles n° 25, silice, houille	Décret n° 2003-286 du 28 mars 2003
Révision du tableau de maladies professionnelles n° 42, atteinte auditive par bruits lésionnels	Décret n° 2003-924 du 25 septembre 2003
2004	
Révision du tableau n° 47 de maladies professionnelles, poussières de bois	Décret n° 2004-184 du 25 février 2004

2005	
Révision des tableaux n° 44 et 44 bis de maladies professionnelles, poussières de fer	Décret n° 2005-262 du 22 mars 2005
Révision des tableaux n° 91 et n° 94 de maladies professionnelles, broncho-pneumonie chronique obstructive du mineur de charbon et broncho-pneumopathie chronique obstructive du mineur de fer	Décrets n° 2005-1353 et n° 2005-1354 du 31 octobre 2005
2006	
Allègement de certaines procédures relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles	Décrets n° 2006-111 et n° 2006-112 du 2 février 2006
Révision du tableau 51 de maladies professionnelles provoquées par les résines époxydiques et leurs constituants et du tableau 62 affections professionnelles provoquées par les isocyanates organiques	Décret n° 2006-985 du 1 ^{er} août 2006
2007	
Révision du tableau 84 affections engendrées par les solvants organiques liquides à usage professionnel : hydrocarbures liquides aliphatiques ou cycliques saturés ou insaturés et leurs mélanges ; hydrocarbures halogénés liquides ; dérivés nitrés des hydrocarbures aliphatiques ; alcools ; glycols, éthers de glycol ; cétones ; aldéhydes ; éthers aliphatiques et cycliques, dont le tétrahydrofurane ; esters ; diméthylformamide et diméthylacétamine ; acétonitrile et propionitrile ; pyridine ; diméthylsulfone et diméthylsulfoxyde	Décret n° 2007-457 du 25 mars 2007
Révision du tableau 12 Affections professionnelles provoquées par les hydrocarbures aliphatiques halogénés énumérés ci-après : dichlorométhane ; trichlorométhane ; tribromométhane ; triiodométhane ; tétrabromométhane ; chloroéthane ; 1,1-dichloroéthane ; 1,2-dichloroéthane ; 1,2-dibromoéthane ; 1,1,1-trichloroéthane ; 1,1,2-trichloroéthane ; 1,1,2,2-tétrabromoéthane ; pentachloroéthane ; 1-bromopropane ; 2-bromopropane ; 1,2-dichloropropane ; trichloroéthylène ; tétrachloroéthylène ; dichloroacétylène ; trichlorofluorométhane ; 1,1,2,2-tétrachloro - 1,2-difluoroéthane ; 1,1,1,2-tétrachloro - 2,2-difluoroéthane ; 1,1,2-trichloro - 1,2,2-trifluoroéthane ; 1,1,1-trichloro - 2,2,2-trifluoroéthane ; 1,1-dichloro - 2,2,2-trifluoroéthane ; 1,2-dichloro - 1,1-difluoroéthane ; 1,1-dichloro - 1-fluoroéthane	Décret 2077-1083 du 10 juillet 2007

Source : ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité

D'autres mesures ou objectifs sont par ailleurs inscrits dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion propre à la branche AT-MP signée le 25 février 2005 et prorogée par avenant du 3 mai 2007 jusqu'au 31 décembre 2007. Celles-ci prévoient notamment :

- la mise en place, dans le cadre de la refonte du système d'information de la branche, d'un dispositif d'analyse et de développement des connaissances en matière de risques professionnels et la diffusion de ces données ;

- l'évaluation, en vue de son actualisation, du dispositif des déclarations relatives aux procédés de travail susceptibles de provoquer des maladies professionnelles ;

- le développement des centres de consultations de pathologies professionnelles et leur mobilisation pour les actions pluridisciplinaires autour de la santé au travail ;

- la constitution d'un échantillon de victimes afin de connaître leur devenir et de tableaux de bord permettant de mieux suivre les taux de reconnaissance du caractère professionnel des sinistres ;

- le développement du suivi post-professionnel des personnes ayant été exposées à l'amiante et aux autres substances cancérigènes ;

- l'amélioration de la réinsertion des victimes, ce qui aidera à lever certaines réticences des victimes elles-mêmes à la déclaration ;

- la clarification des règles de coordination des régimes en matière de maladies professionnelles ;

- l'amélioration des connaissances médico-administratives des médecins traitants en matière de pathologies professionnelles.

L'ensemble de ces objectifs s'inscrit dans les actions préconisées dans le cadre du plan de santé au travail (PST) 2005-2009 présenté en février 2005 par le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement.

Ces efforts importants pour réduire la sous-déclaration se traduisent d'ores et déjà dans la forte augmentation du nombre de cas de maladies professionnelles reconnues ces dernières années mais malgré ces progrès, le dernier rapport de la commission présidée par M. Noël Diricq constate que *« que l'ensemble des connaissances permettant d'évaluer la sous-déclaration reste à ce jour lacunaire... »*.

De leur côté, les partenaires sociaux, qui perçoivent mal ce prélèvement sur la branche AT-MP ont fait figurer dans le protocole d'accord sur la gouvernance de la branche AT-MP, signé le 28 février 2006, une disposition demandant à ce que des critères objectifs soient définis par la commission AT/MP pour garantir une plus grande transparence des sommes prélevées sur la branche au profit de la branche maladie (article 6 de l'accord).

Le rapport de juin 2005 de la commission présidée par M. Noël Diricq soulignait qu'« *il est préoccupant de noter que l'évolution actuelle du monde du travail recèle des causes spécifiques d'aggravation du phénomène, ne serait-ce que parce que la traçabilité des origines des pathologies va dans bien des cas devenir plus difficile. Il faut donc se garder de croire que le retentissement d'affaires comme celle de l'amiante va suffire à imposer une ambiance de transparence accrue. Il ne faut pas non plus méconnaître que parmi les facteurs de sous-déclaration et/ou de sous-reconnaissance persistent quelques causes relevant du domaine réglementaire, particulièrement dans le cas de pathologies aussi socialement sensibles que les troubles musculo-squelettiques, les cancers ou les troubles psychiques et psycho-sociaux ; malgré le caractère évidemment complexe des problématiques mises en jeu, il y a là un champ d'action manifeste pour la puissance publique.* »⁽¹⁾

Il évaluait ainsi le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles à une fourchette située, a minima, entre 355 et 750 millions d'euros (hors indemnités journalières en ce qui concerne les maladies).

Le tableau ci-après présente l'évolution de ce versement depuis 1997.

**Versement de la branche AT-MP
à la branche maladie du régime général**

(en millions d'euros)

Objet	Année	Montant
Maladies professionnelles	1997	137,20
	1998	138,71
	1999	140,38
	2000	141,02
	2001	144,06
Maladies professionnelles + accidents du travail	2002	299,62
	2003	330,00
	2004	330,00
	2005	330,00
	2006	330,00
	2007	410,00

Source : ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité

(1) Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale présidée par M. Noël Diricq – juin 2005.

Après la progression sensible du montant du reversement à la branche maladie intervenue en 2007 (taux de progression de 24,2 %), le présent article propose, dans l'attente du rapport de la prochaine commission qui sera remis en 2008 et en l'absence d'élément nouveau, de maintenir le montant du versement de la branche AT-AMP à la branche maladie à 410 millions d'euros.

Article 58

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2008

Cet article fixe à 11,8 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2008.

L'article 7 de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a inséré, après l'article LO 111-7 du code de la sécurité sociale, un article LO 111-7-1 qui dispose que « *dans la partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir... chaque objectif de dépenses par branche, décomposé le cas échéant en sous-objectifs, fait l'objet d'un vote unique portant tant sur l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale que sur le régime général* ».

Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, la construction de cet objectif de dépenses de la branche accidents de travail et maladies professionnelles pour 2008 se déroule en trois étapes :

– les comptes prévisionnels 2008 des branches AT-MP des différents régimes sont totalisés – régime général, régimes agricoles, régimes spéciaux, fonds de compensation des accidents du travail (FCAT), fonds commun des accidents du travail agricoles (FCATA) – ;

– les transferts internes à la branche sont neutralisés : il s'agit principalement du versement de compensation du régime général vers le régime des salariés agricoles (98 millions d'euros) et le régime des mines (440 millions d'euros), de la contribution du régime général au FCAT (38 millions d'euros) et de la contribution des régimes agricoles au FCATA (76 millions d'euros) ;

– les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes sont enfin présentés en montants nets, qui s'écartent des montants comptables de charges et de produits, afin de donner un sens économique aux agrégats.

Pour mémoire, le FCAT et le FCATA sont des organismes dont la population est en extinction, qui sont chargés de verser des majorations de rentes AT-MP attribuées avant la mise en place des régimes AT-MP actuels.

Par ailleurs, la neutralisation consiste, pour chaque transfert interne au champ d'agrégation, à déduire son montant des dépenses du régime qui le verse et symétriquement à le déduire des produits du régime qui le reçoit. Cette neutralisation est nécessaire pour éviter que certains montants de dépenses ou de recettes ne soient comptabilisés deux fois.

Construction de l'objectif de dépenses de la branche AT-MP

(en milliards d'euros)

Dépenses AT-MP de l'ensemble des régimes	13,0	Dont 10,9 pour le régime général
Neutralisation des transferts internes à la branche AT-MP	- 0,7	
Sommes déduites pour le calcul des charges nettes	- 0,5	dont - 0,4 de reprises sur provisions pour prestations, - 0,1 de dotations aux provisions et pertes sur actifs circulants, - 0,03 de produits de gestion courante
objectif de dépenses de la branche	11,8	

Source : ministère de la santé, direction de la sécurité sociale

Pour le régime général, la construction de l'objectif de dépenses de la branche accidents de travail et maladies professionnelles pour 2008 est identique, à l'exception de la neutralisation des transferts internes qui n'ont bien sûr plus lieu d'être.

Section 6

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 66

Expérimentations concernant les contrôles médicaux des arrêts de travail organisés par les employeurs et les caisses d'assurance maladie

Cet article vise à permettre à certaines caisses d'assurance maladie d'expérimenter de nouvelles procédures de contrôle des arrêts de travail.

1. Le dispositif actuel de la contre-visite patronale

En cas de maladie ou d'accident, le salarié en arrêt de travail perçoit des indemnités journalières (IJ) de sécurité sociale. À ces indemnités, peut s'ajouter un complément de salaire versé par l'employeur sous certaines conditions.

• *Les indemnités complémentaires versées par l'employeur en cas d'arrêt de travail pour maladie*

Si l'absence du salarié pour maladie entraîne la suspension de son contrat de travail, le maintien de tout ou partie du salaire est cependant prévu par les conventions collectives ou, à défaut, par l'accord national interprofessionnel sur la mensualisation du 10 décembre 1977, qui a été rendu applicable à la quasi-totalité des salariés par la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle et dont les dispositions ont été transférées aux articles L. 1226-1 et R. 1226-1 du code du travail ⁽¹⁾.

Les dispositions prévues par l'accord de mensualisation s'appliquent lorsque la convention collective du salarié ne prévoit rien dans ce domaine ou si elle comporte des dispositions moins favorables pour celui-ci.

Cet accord prévoit notamment qu'une indemnisation soit versée au salarié à compter du premier jour d'absence, si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle, et à compter du onzième jour d'absence dans tous les autres cas. Pendant 30 jours, le salarié doit ainsi recevoir 90 % de la rémunération brute qu'il aurait gagnée s'il avait continué à travailler. Pendant les trente jours suivants, il reçoit les deux tiers de cette rémunération. Ces durées sont augmentées de dix jours par période de cinq ans d'ancienneté en sus de la durée de trois ans minimum d'ancienneté, nécessaire pour bénéficier d'une indemnisation complémentaire par l'employeur.

La garantie d'indemnisation du salarié prévue par cet accord en cas d'absence pour maladie s'entend déduction faite des IJ versées par la sécurité sociale.

• *Les contrôles des arrêts de travail effectués par les médecins à l'initiative de l'employeur : la « contre-visite »*

Comme l'accord de mensualisation précité, les conventions collectives comportent souvent des clauses prévoyant la possibilité pour les employeurs d'organiser un contrôle médical des arrêts de travail auquel le salarié a l'obligation de se soumettre.

À l'issue de ce contrôle, l'employeur peut décider de suspendre le versement des indemnités complémentaires à celles de la sécurité sociale, mais uniquement pour la période postérieure à la visite, par exemple si le médecin conclut à l'aptitude au travail du salarié ou en cas d'impossibilité du contrôle. Le salarié ne saurait en revanche être licencié ou sanctionné pour cette raison.

(1) En application de l'article 12 de l'ordonnance n°2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail (partie législative).

Conformément à l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, le médecin contrôleur qui conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail doit par ailleurs transmettre son avis au service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie de l'assuré. Si alors *« ce service conclut également, au vu de cet avis, à l'absence de justification de l'arrêt de travail, la caisse suspend le versement des indemnités journalières après en avoir informé l'assuré. »*

2. L'expérimentation proposée par le projet de loi

La mise en application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ainsi que le renforcement des actions de contrôle engagées par les caisses d'assurance maladie ont permis de diminuer significativement le nombre d'indemnités journalières depuis lors (– 7 % entre 2004 et 2006).

Pour conforter cette évolution et, selon les termes mêmes du présent article, *« afin de renforcer la coordination des actions du service du contrôle médical avec les prérogatives de l'employeur telles qu'elles découlent de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 »*, il est proposé d'autoriser certaines caisses de sécurité sociale à expérimenter la mise en œuvre d'une procédure de contrôle des arrêts de travail dérogeant aux dispositions prévues par le II de l'article L. 315-1 précité.

Les caisses qui participeront à l'expérimentation seront celles dans lesquelles le nombre d'IJ versées par assuré en 2006 est supérieur à la moyenne nationale et qui figurent sur une liste arrêtée par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). À titre indicatif, l'exposé des motifs du projet de loi indique que les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ont en moyenne pris en charge 4,7 jours d'arrêt de travail par assuré l'année dernière. Les 25 CPAM (sur un total de 128) qui en ont indemnisé le plus grand nombre ont pris en charge plus de 5,8 jours d'arrêt de travail par assuré, le maximum étant de 9,6 jours.

Cette procédure de contrôle expérimentale comporte deux volets.

• En premier lieu, si le service médical de la caisse d'assurance maladie reçoit l'avis d'un médecin ayant effectué un contrôle à la demande d'un employeur, qui conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail (1°), il devra alors :

- soit procéder à un nouvel examen de la situation de l'assuré ;
- soit, *« sans qu'il soit besoin d'un contrôle supplémentaire »*, demander à la caisse de suspendre le versement des IJ, à charge pour la caisse d'en informer l'assuré et son employeur.

L'avis d'aptitude au travail d'un salarié établi par le médecin mandaté par l'employeur pourra ainsi entraîner la suspension du versement des IJ servies par l'assurance maladie, avec l'accord du contrôle médical.

L'assuré aura toutefois la possibilité de demander à la caisse de saisir de nouveau le service du contrôle médical pour réexaminer sa situation, celui-ci devant se prononcer dans un délai fixé par décret. En outre, si le contrôle médical, saisi ou non par l'assuré, estime que l'arrêt de travail est médicalement justifié, la caisse sera tenue de maintenir ou de rétablir le service des IJ.

Dans ce cas, par parallélisme des formes, il est également précisé que la décision de rétablir le versement des IJ sera communiquée par la caisse à l'assuré ainsi qu'à l'employeur. À cet égard, il convient de rappeler que la suspension du service des IJ de sécurité sociale a pour effet d'interrompre le versement des indemnités complémentaires par l'employeur.

- En second lieu, si un nouvel arrêt de travail a été prescrit au salarié après qu'il ait été décidé de suspendre la couverture de ses IJ, le présent article prévoit que les caisses d'assurance maladie suspendent de nouveau le versement de ses indemnités et saisissent le service médical, qui devra se prononcer sur le caractère médicalement justifié de cet arrêt de travail dans un délai fixé par décret (2°).

Le dernier alinéa du présent article précise enfin que l'expérimentation s'achèvera le 31 décembre 2009 et qu'un rapport d'évaluation de celle-ci sera présenté au Parlement par le ministre chargé de la sécurité sociale avant le 30 juin 2009, ce rapport comprenant notamment les observations des caisses de sécurité sociale ayant participé à l'expérimentation.

L'exposé des motifs du projet de loi précise par ailleurs que des actions d'information seront entreprises en direction des employeurs afin qu'ils soient incités à communiquer très en amont avec les organismes de sécurité sociale. En outre, « *l'expérimentation pourra être suivie par un comité de pilotage associant notamment les médecins conseils, l'ordre national des médecins et les associations de malades. Elle donnera lieu à une évaluation, en vue notamment de son éventuelle généralisation dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010* ».

Article 70

Extension du contrôle médical aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) et des soins urgents

Cet article a pour objet d'adapter les articles L. 315-1 à L. 315-2 du chapitre V (« *Contrôle médical* ») du titre I (« *Généralités* ») du livre 3 (« *Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général* ») du code de la sécurité sociale afin d'étendre le contrôle médical aux bénéficiaires de l'aide médicale d'État et de la prise en charge des soins d'urgence.

- *Le dispositif de l'aide médicale d'État (AME)*

Les étrangers en situation irrégulière ne peuvent en principe pas bénéficier des prestations de la sécurité sociale proprement dite ⁽¹⁾. En effet, la loi du 24 août 1993 a subordonné l'accès aux prestations de la sécurité sociale à la régularité de la situation de l'étranger au regard des dispositions relatives au séjour et au travail.

L'article L. 115-6 du code de la sécurité sociale (CSS) dispose ainsi depuis cette date que « *les personnes de nationalité étrangère ne peuvent être affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale que si elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour et le travail des étrangers en France ou si elles sont titulaires d'un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour* » et l'article L. 115-7 du même code fait obligation aux organismes de sécurité sociale de s'assurer de cette régularité au moment de l'affiliation et périodiquement.

Un étranger en situation irrégulière est donc en principe privé de toute possibilité d'affiliation à un régime de sécurité sociale. Il ne peut en particulier pas bénéficier des prestations d'assurance maladie. L'instauration en 1999 de la couverture maladie universelle (CMU) n'est pas revenue sur la condition de la régularité de séjour pour l'accès à l'assurance maladie. Les étrangers en situation irrégulière sont donc exclus du nouveau dispositif de la CMU mais bénéficient en revanche d'un système spécifique qui relève de l'aide sociale : l'aide médicale de l'État (AME).

L'aide médicale de l'État (AME) est un dispositif d'aide sociale, inscrit au code de l'action sociale et des familles (CASF), de prise en charge des soins des étrangers en situation irrégulière instauré par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU). Il remplace, pour cette population, le dispositif d'aide médicale gratuite (AMG) qui finançait antérieurement les dépenses liées aux soins délivrés aux personnes non affiliées automatiquement à l'assurance maladie, qu'elles soient en situation régulière ou non.

Elle permet, sous conditions de ressources (le plafond est identique à celui de la couverture maladie complémentaire – CMUC), la prise en charge des frais de santé des étrangers (près de 80 % des dépenses sont hospitalières) qui, en raison de leur situation irrégulière au regard de la réglementation relative au séjour en France, ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale ni être admis à la

(1) *Le principe de l'obligation de séjour régulier pour l'accès aux prestations de la sécurité sociale ne comporte que deux exceptions. En premier lieu, les travailleurs étrangers ont vocation, quelle que soit leur situation sur le plan du séjour et du travail, aux prestations d'accident du travail et de maladies professionnelles, l'employeur étant astreint, en contrepartie, à rembourser à l'organisme de sécurité sociale la totalité des dépenses supportées pour l'accidenté (article L. 471-1 du CSS). En second lieu, l'étranger incarcéré, quelle que soit sa situation, est obligatoirement affilié à une assurance maladie et maternité (article L. 381-30 du CSS), ainsi qu'à l'assurance vieillesse du régime général s'il effectue un travail pénal ou suit un stage de formation professionnelle (article L. 381-31 du CSS).*

CMU. Les frais couverts par l'AME sont définis par référence aux prestations de l'assurance maladie. Ces prestations sont délivrées en ville ou dans les établissements de santé, publics ou privés. Leurs bénéficiaires sont dispensés d'avance de frais et aucun ticket modérateur n'est en pratique laissé à la charge du patient. L'AME poursuit un double objectif, humanitaire, en permettant l'accès aux soins préventifs et curatifs, et sanitaire, en évitant que des affections contagieuses non soignées ne s'étendent dans la population.

L'article 97 de la loi n° 2003-1312 de finances rectificative pour 2003 a restreint les conditions d'accès à l'AME pour les étrangers en situation irrégulière en instaurant une condition de résidence ininterrompue de plus de trois mois en France. De ce fait, le nombre de bénéficiaires (près de 150 000 personnes) a diminué en 2004 (-14 %) après l'augmentation constatée en 2002 (+ 15 %) et en 2003 (+ 17 %).

L'enveloppe budgétaire destinée à l'AME (environ 400 M€) couvre en fait plusieurs dispositifs qui visent tous à prendre en charge des populations qui n'ont pas accès aux prestations de l'assurance maladie. À côté de l'AME « de droit commun » gérée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et qui représente près de 90 % de la dépense annuelle existent également :

– un dispositif spécifique de prise en charge forfaitaire par l'État « des soins urgents » (article L. 254-1 et L. 254-2 du code de la sécurité sociale) institué par la loi de finances rectificative pour 2003 pour couvrir les soins « *dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de la personne ou de l'enfant à naître* » des étrangers en situation irrégulière qui ne sont pas éligibles à l'AME (qui ne remplissent pas les conditions requises, n'ont pas sollicité l'attribution ou dont le dossier de demande est en cours). Ce dispositif concerne les soins délivrés en urgence, exclusivement à l'hôpital. Le périmètre des soins pris en charge reste limité et le nombre de personnes concernées faible. La circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 a explicité les modalités de mise en œuvre de ce dispositif relatif aux soins urgents et vitaux en posant des garanties quant au champ des bénéficiaires et des soins couverts. En particulier, les mineurs, les pathologies infectieuses transmissibles et les femmes enceintes ⁽¹⁾ font désormais l'objet d'une prise en charge systématique ;

- l'AME « humanitaire » ;
- les évacuations sanitaires de Mayotte vers la Réunion ;
- les soins des personnes gardées à vue ou en rétention administrative.

(1) Sont pris en charge dans ce cadre les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse et mentionnés aux articles L. 2122-1 et suivants du code de la santé publique ainsi que les soins à la femme enceinte et au nouveau-né.

• *Les bénéficiaires de l'AME et des soins urgents font déjà l'objet de certains contrôles qui méritent néanmoins d'être renforcés*

D'après le rapport de mai 2007 sur la gestion de l'aide médicale d'État établi par la mission conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) d'audit et de modernisation, « *la gestion de l'AME par la CNAMTS est dans l'ensemble satisfaisante* ».

En particulier, la procédure d'ouverture des droits est gérée rigoureusement par les hôpitaux et les CPAM (contrôle de l'identité, de la stabilité des ressources et de la cohérence des dossiers transmis) et les factures AME sont intégrées dans les contrôles mis en œuvre par les CPAM.

Ainsi, « *l'ouverture effective d'un droit à l'AME est contrôlée systématiquement à la réception des factures de soins à des bénéficiaires de l'AME qui sont traitées dans le flux général des dossiers reçus par les CPAM* ».

Par ailleurs, « *l'AME est intégrée dans la politique de détection des fraudes et abus de la CNAMTS, qui ne prend pas pour critère de sélection le type de prise en charge. Les contrôles opérés sur les consommateurs (contrôle des « méga-consommateurs » en particulier) permettent de détecter, soit des prescriptions atypiques de médecins, soit les consommations anormalement élevées de médicament indiquant l'existence potentielle d'un trafic. Ces contrôles concernent les bénéficiaires de l'AME au même titre que n'importe quel assuré social* ».

Si la mission conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection des finances estime que « *la combinaison d'un dispositif de contrôles spécifiques à l'ouverture des droits avec les contrôles de droit commun opérés par les CPAM apparaît de nature à limiter les risques de fraude* », elle note néanmoins que « *des marges d'amélioration de l'efficacité demeurent* » et propose ainsi d'étendre le contrôle médical aux bénéficiaires de l'AME et des soins urgents.

Proposition du rapport sur la gestion de l'aide médicale d'État établi par la mission conjointe d'audit et de modernisation de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales (mai 2007)

« Le contrôle médical, dont l'extension aux soins urgents est prévue par la circulaire du 16 mars 2005 sans être mise en œuvre par la CNAMTS à ce jour (...), pourrait également concerner les bénéficiaires de l'AME, le cas échéant en prévoyant l'adaptation juridique nécessaire.

Dans le contexte actuel, l'impact attendu demeurerait limité étant donné les caractéristiques des prestations offertes (essentiellement en nature) et la prépondérance des soins en milieu hospitalier, pour lesquels les abus de soins ne peuvent a priori être suspectés. Ce contrôle serait néanmoins justifié sur le principe pour des raisons d'équité vis-à-vis des assurés sociaux. Il pourrait notamment être envisagé pour permettre aux praticiens-conseils de vérifier la nature des prescriptions des gros consommateurs repérés ».

L'article 70 du présent projet de loi vise à mettre en œuvre cette préconisation de la mission conjointe d'audit et de modernisation de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales sur la gestion de l'aide médicale d'État en modifiant à cet effet les trois articles (L. 315-1, L. 315-2 et L. 315-2-1) du Chapitre 5 (« *Contrôle médical* ») du Titre I (« *Généralités* ») du Livre III (« *Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général* ») du code de la sécurité sociale.

Le paragraphe I de cet article 70 porte modification de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale qui définit l'étendue des missions attribuées au contrôle médical.

Le service du contrôle médical, acteur médical de la gestion du risque, conseille, accompagne et contrôle les assurés et les professionnels de santé. Il veille également à la bonne application de la réglementation et des pratiques médicales.

Le 1° du I vise à étendre aux prestations prises en charge en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire aux prestations prises en charge au titre de l'AME et au titre de la procédure d'urgence, le périmètre de compétence du contrôle médical qui porte actuellement sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité.

Les prestations prises en charge au titre de l'AME sont définies par référence aux prestations de l'assurance maladie. Elles peuvent être délivrées en ville ou dans les établissements de santé, publics ou privés. Leurs bénéficiaires sont dispensés d'avance de frais. Si la loi de finances rectificatives pour 2002 n° 2002-1576 du 30 décembre 2002 avait introduit le principe d'un ticket modérateur, celui-ci n'a toutefois jamais été appliqué faute de la parution du décret d'application nécessaire.

Le périmètre des soins pris en charge au titre des soins délivrés en urgence est quant à lui beaucoup plus limité et concerne exclusivement l'hôpital. Il concerne « *les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé* ». La circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 a explicité les modalités de mise en œuvre de ce dispositif relatif aux soins urgents et vitaux en posant des garanties quant au champ des soins couverts.

La rédaction proposée vise ainsi à ce que le contrôle médical puisse désormais porter sur les prestations prises en charge au titre de l'AME et des soins urgents.

Le 2° du I complète le III de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale afin de préciser que le service du contrôle médical est désormais également chargé de procéder à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements dans lesquels sont admis les bénéficiaires de l'AME et des soins urgents.

Le 3° du I complète le III bis de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale afin d'étendre aux médicaments, produits ou prestations pris en charge au titre de l'AME ou des soins urgents, le contrôle que le service médical est aujourd'hui chargé de réaliser auprès des établissements de santé, des pharmaciens et des distributeurs de produits ou de prestations en matière de délivrance et de facturation de médicaments, produits ou prestations donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie.

Le 4° du I étend aux professionnels de santé qui dispensent des soins aux bénéficiaires de l'AME et des soins urgents la possibilité, pour le service du contrôle médical, de procéder, sur le plan médical, aux analyses qu'il est aujourd'hui chargé d'assurer pour ce qui concerne l'activité des professionnels de santé qui dispensent des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie.

Le paragraphe II de l'article 70 du présent projet de loi porte modification de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale qui subordonne à l'accord préalable du service du contrôle médical, le bénéfice de certaines prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité.

Le 1° du II étend le champ des prestations dont le bénéfice est subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical au-delà des prestations dont le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie aux prestations servies au titre de l'AME ou des soins urgents qui présentent le même caractère particulièrement coûteux et qui doivent donc en conséquence faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'État.

Le 2° du II tire les conséquences de l'extension du contrôle médical aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) et des soins urgents en substituant, au 6° alinéa de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale qui dispose qu'il est précisé lors de l'admission au remboursement de certaines prestations d'assurance maladie que leur « prise en charge » est le cas échéant subordonnée à un accord préalable, le terme « prise en charge » au terme « admission au remboursement » pour englober désormais les prestations servies au titre de l'AME ou des soins urgents qui font tous les deux l'objet d'une dispense d'avance de frais.

Le 3° du II étend aux bénéficiaires de l'AME et des soins urgents, qui ne sont pas des assurés sociaux mais qui relèvent désormais du service du contrôle médical, la possibilité d'être informés par les caisses de la suspension du service d'une prestation que le service du contrôle médical estime n'être pas médicalement justifiée.

Le 4° du II étend aux bénéficiaires de l'AME et des soins urgents l'obligation qui incombe déjà aujourd'hui aux assurés, réserve faite de la procédure particulière prévue en cas d'affection de longue durée qui prévoit un examen spécial conjoint par le médecin traitant et le médecin-conseil de la sécurité sociale, de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical.

Le paragraphe III de l'article 70 du présent projet de loi porte modification de l'article L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale qui dispose qu'au vu de des dépenses présentées au remboursement ou de la fréquence des prescriptions d'arrêt de travail, le service médical peut procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique des soins dispensés à l'assuré, le convoquer et établir des recommandations sur les soins ou traitements appropriés qui lui sont ensuite transmises par le médecin qu'il a choisi.

Le 1° du III étend aux soins dispensés à un bénéficiaire de l'AME ou de la prise en charge des soins urgents la possibilité de faire l'objet par le service du contrôle médical d'une évaluation de l'intérêt thérapeutique.

Le 2° du III tire les conséquences du fait que les bénéficiaires de l'AME et de la procédure des soins urgents ne sont pas des assurés au sens propre du terme et substitue ainsi le terme « intéressé » au terme « assuré » pour faire bénéficier les bénéficiaires de l'AME et de la procédure des soins urgents de la possibilité de choisir un médecin qui sera associé aux recommandations faites par le service du contrôle médical.

Le 3° du III procède au même type de modifications pour inclure les bénéficiaires de l'AME et de la procédure des soins urgents dans la catégorie des personnes destinataires des recommandations faites par le service du contrôle médical et, le cas échéant, par le médecin choisi par le bénéficiaire des soins, sur les soins et les traitements appropriés.

Article 71

Harmonisation du contrôle des arrêts de travail AT/MP avec les dispositions applicables en assurance maladie

Cet article vise à aligner certaines règles relatives aux arrêts de travail en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles avec les dispositions applicables pour l'assurance maladie, d'une part en renforçant les moyens de contrôle des arrêts du travail consécutifs à un accident du travail de façon similaire aux dispositions relatives à l'assurance maladie (I), d'autre part en rendant opposable aux caisses les avis du contrôle médical (II).

Le paragraphe I vise à compléter l'article L. 433-1 du code de la sécurité social relatif aux règles de l'indemnisation de l'incapacité temporaire en matière d'accident du travail et de maladie professionnelle, afin de préciser que le droit à l'indemnité journalière payée par la caisse primaire en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle à la victime est subordonné au respect des mêmes obligations que celles pesant, selon les termes de l'article L. 323-6, sur les bénéficiaires d'une indemnité journalière en cas de maladie.

L'article L. 433-1 du chapitre 3 (« *Indemnisation de l'incapacité temporaire* ») du titre III (« *Prestations* ») du livre IV (« *Accidents du travail et maladies professionnelles – Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches* ») du code de la sécurité sociale dispose qu'une indemnité journalière est payée par la caisse primaire en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle à la victime à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès, ainsi qu'en cas de rechute ou d'aggravation. Actuellement, les obligations des assurés bénéficiant de telles indemnités journalières ne sont pas définies par la loi mais relèvent simplement du règlement intérieur des caisses primaires d'assurance maladie.

Cette situation est ainsi identique, toutes choses égales par ailleurs, au régime juridique des règles applicables en matière d'heures de sorties pour les assurés en arrêt maladie dans le dispositif antérieur à l'entrée en vigueur de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, dans lequel c'était également le règlement intérieur des caisses primaires d'assurance maladie qui fixait les règles applicables en matière d'heures de sorties pour les assurés en arrêt de travail.

Or l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale, inséré par l'article 27 de la loi du 13 août 2004, a subordonné le service des indemnités journalières à une liste d'obligations pour l'assuré. Il s'agissait alors de lutter contre les arrêts maladie non justifiés médicalement.

Aux termes de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale, l'assuré qui bénéficie d'un arrêt de travail en matière de maladie est désormais tenu :

- d'observer les prescriptions du praticien ;
- de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical prévu à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale ;
- de respecter les heures de sorties autorisées par le praticien selon des règles et des modalités prévues par décret en Conseil d'État après avis de la Haute autorité de santé ;
- de s'abstenir de toute activité non autorisée.

L'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale dispose également que la caisse primaire d'assurance maladie peut, en cas d'inobservation volontaire de ces obligations, retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités journalières dues. Les litiges dans lesquels des recours sont formés contre les décisions des caisses de retenir tout ou partie des indemnités journalières sont traités en première instance par les tribunaux des affaires de sécurité sociale, la cour d'appel statuant sur les appels interjetés contre les décisions rendues par le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Le renforcement des sanctions en matière d'arrêt maladie a permis, avec l'action conjuguée de la CNAM et des médecins dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses, de ramener le taux d'évolution de ces dépenses entre 4 et 5 % par an, soit une économie évaluée à 700 millions d'euros sur la période 2007.

S'inspirant de cet exemple, le paragraphe **I** de l'article 71 vise donc, dans un contexte de renforcement de la politique de lutte contre les fraudes et dans une optique de réduction des dépenses et des inégalités de traitement entre les assurés en arrêts de travail pour cause de maladie et ceux en arrêt de travail pour cause d'AT/MP, à harmoniser les obligations des assurés quelle que soit la cause de l'arrêt de travail.

Le paragraphe **II** vise à compléter l'article L. 442-5 du code de la sécurité social pour élargir les dispositions relatives au contrôle médical qui sont applicables aux accidents du travail afin de rendre opposable aux caisses les avis du contrôle médical.

ANNEXES

ANNEXE 1 LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)** – Mme Marianne Lévy-Rosenwald, présidente du conseil de surveillance
- **Comité économique des produits de santé (CEPS)** – M. Noël Renaudin, président
- **Fédération hospitalière de France (FHF)** – M. Gérard Vincent, délégué général, M. David Causse, délégué général adjoint, et M. Nicolas Peju, directeur de la communication
- **Fédération hospitalière privée (FHP)** – M. Jean-Loup Durousset, président, M. Gérard Angotti, vice-président, M. Philippe Burnel, délégué général, M. Christophe Alfandari, président de la FHP-Centre, et Mélanie Belsky, responsable des relations institutionnelles
- **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)** – M. Michel Chassang, président
- **MG France** – M. Martial Olivier-Koehret, président, et M. Thierry Le Brun, premier vice-président
- **Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)** – M. Bertrand Fragonard, président
- **Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)** – M. Roger Beauvois, président, et M. Eric Pardinelle, directeur
- **Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)** – M. Frédéric van Roekeghem, directeur général, et Mme Sophie Thuot-Tavernier, chargée des relations avec le Parlement
- **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)** – M. Hubert Allier, directeur général, Mme Cécile Chartreau, conseillère technique chargée de la santé, Mme Ingrid Laivray, conseillère technique chargée du handicap, et M. Alain Villez, conseiller technique chargé des personnes âgées
- **Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP)** – M. Franck Gambelli, président, et M. Stéphane Seiller, directeur des risques professionnels à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
- **Syndicat des médecins libéraux (SML)** – M. Dinorino Cabrera, président, et M. Christian Jambrun, vice-président
- **Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM)** – M. Jean-Michel Laxalt, président, et M. Emmanuel Luigi, secrétaire général administratif
- **Fédération des médecins de France (FMF)** – M. Jean-Claude Régi, président
- **Union nationale des cliniques psychiatriques (UNCPSY)** – M. Jacques Gayral, président, M. Olivier Drevon, premier vice-président, et M. François Meillier,

directeur général

- **Mouvement des entreprises de France (MEDEF)** – M. Jean-René Buisson, président de la commission « protection sociale », Mme Véronique Cazals, directrice de la commission « protection sociale », et M. Guillaume Ressot, directeur-adjoint « affaires publiques »
- **Espace généraliste** – M. Claude Bronner, président
- **Conseil national de l'ordre des pharmaciens** – M. Jean Parrot, président
- **Les entreprises du médicament (LEEM)** – M. Christian Lajoux, président, M. Bernard Lemoine, vice président délégué, M. Claude Bougé, directeur général adjoint, et Mme Aline Bessis-Marais, responsable des affaires publiques
- **Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)** – M. Gérard de la Martinière, président, M. Jean-Marc Boyer, délégué général, M. Alain Rouche, directeur santé, et M. Jean-Paul Laborde, conseiller parlementaire
- **Mutualité française** – M. Daniel Lenoir, directeur général, M. Vincent Figureau, responsable du département relations extérieures, et Mme Isabelle Millet-Caurrier, directrice des affaires publiques

ANNEXE 2

ÉTUDE COMPARATIVE SUR LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DES ASSURÉS AUX DÉPENSES DE SANTÉ EN EUROPE

Les données de droit comparé présentées ci-après ont été rassemblées par le service des affaires européennes de l'Assemblée nationale en septembre 2007.

Dans les pays de l'Union européenne, l'amélioration de la couverture maladie universelle a favorisé l'accès aux traitements et aux soins préventifs modernes. On vit désormais plus longtemps et en meilleure santé en Europe, où l'espérance de vie à la naissance a plus augmenté depuis les années 60 qu'aux États-Unis. Ces progrès ont eu un coût. Si, en 1970, les dépenses de santé atteignaient moins de 5% du PIB en moyenne, elles atteignent plus de 8 % dans la zone OCDE et dépassent 10% du PIB aux États-Unis, en Suisse et en Allemagne, tout en reposant pour trois quarts sur des fonds publics.

Les tableaux suivants retracent la part des dépenses totales de santé dans le PIB (tableau 1), en distinguant les dépenses publiques (tableau 2) du financement privé des dépenses de santé (tableau 3).

Tableau 1 : Dépenses totales de santé (% du PIB)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Autriche	7,8	9,7 b	9,7	9,4	9,6	9,6	9,4	9,5	9,5	9,6	9,6	:
Belgique	7,7	8,2	8,4	8,2	8,3	8,5	8,6	8,7	8,9	10,1 b	:	:
République tchèque	6,9	7	6,8	6,8	6,7	6,7	6,7	7	7,2	7,5 b	7,3 e	:
Danemark	8,4	8,1	8,2	8,2	8,3	8,5	8,3	8,6	8,8	8,9 b	8,9 e	:
Finlande	7,7	7,4	7,6	7,2	6,8	6,9	6,7	6,9	7,2	7,4	7,5	:
France	9,3	9,4	9,4	9,2	9,1	9,2	9,2	9,3	10,0 b	10,4	10,5 e	:
Allemagne	9,9	10,3	10,6	10,4	10,4	10,5	10,4	10,6	10,8	10,9	:	:
Grèce	9,7	9,6	9,6	9,4	9,4	9,6	9,9 e	10,4 e	10,3 e	10,5 e	10,0 e	:
Hongrie	8,2	7,4	7,1	6,9	7,3 b	7,3	7,1	7,3	7,7	8,3 e	8,3 e	:
Islande	8,2	8,4	8,3	8,3	8,6	9,3	9,2	9,3	10	10,5	10,2 e	:
Irlande	6,9	6,7	6,5	6,3	6,1	6,2	6,3	6,8	7,2	7,2	7,1	:
Italie	7,5	7,1	7,3	7,5	7,5	7,6	7,9	8	8,2	8,2	8,4	:
Luxembourg	5,3	5,6	5,7	5,6	5,7	5,8	5,8	6,4	6,8	7,7 b	8,0 e	:
Pays-Bas	8,1	8,1	8	7,8	7,9 b	8	7,9	8,3	8,9	9,1 e	9,2 e	:
Norvège	7,9	7,9	7,9	8,5 b	9,3	9,4	8,5	8,9	9,9	10,1	9,7	9,2 e
Pologne	5,6	5,6	6	5,7	6	5,9	5,7	6	6,6 b	6,5	6,5	:
Portugal	7,3	8,2 b	8,4	8,5	8,4	8,7	9,4 b	9,3 e	9,5 e	9,8 e	10,0 e	:
Slovaquie	:	:	:	5,8	5,7	5,8	5,5	5,5	5,6	5,9	:	:
Espagne	7,3	7,4	7,5	7,3	7,3	7,3	7,2	7,2	7,3	7,9 b	8,1 e	:
Suède	8,1	8,1	8,3	8,1	8,3	8,4	8,4	8,7	9,1	9,3	9,1 e	:
Suisse	9,5	9,7 b	10,1	10,2	10,3	10,5	10,4	10,9	11,1	11,5	11,6 e	:
Turquie	3,6	3,4	3,9	4,2	4,8	6,4 b	6,6	7,5	7,4	7,6	7,7	:
Royaume-Uni	7	7	7	6,8 b	6,9	7,1	7,3	7,5	7,7	7,9 b	8,3 b	:
États-Unis	13,2	13,3	13,2	13,1	13,1	13,1	13,3	14	14,7	15,2	15,3	:
Canada	9,5	9,2	9	8,9	9,2	9	8,9	9,4	9,7	9,9	9,9 e	:
Japon	6,7	6,8 b	7	6,9	7,2	7,4	7,6	7,8	7,9	8,0 e	:	:

e: estimation

b: données manquantes

Source : OCDE Données Santé 2006

Tableau 2 : Financement public de la santé (% du PIB)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Autriche	5,8	6,7 b	6,6	6,6	6,7	6,7	6,6	6,6	6,7	6,8	6,8	:
Belgique	:	6,4	6,7	6,3	6,3	6,5	6,5	6,6	6,7	7,2 b	:	:
République tchèque	6,5	6,4	6,2	6,1	6,1	6,0	6,1	6,3	6,4	6,7 b	6,5 e	:
Danemark	6,9	6,7	6,8	6,7	6,8	7,0	6,8	7,1	7,3	:	:	:
Finlande	5,8	5,6	5,8	5,5	5,2	5,2	5	5,2	5,5	5,7	5,7	:
France	7	7,2	7,1	7	7	7	7	7,1	7,8 b	8,2	8,3 e	:
Allemagne	8	8,3	8,6	8,3	8,2	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	:	:
Grèce	4,8	5	5,1	5	4,9	5,2	5,2 e	5,8 e	5,6 e	5,6 e	5,3 e	:
Hongrie	7,1	6,2	5,8	5,6	5,4 b	5,3	5	5	5,4	6,0 e	6,0 e	:
Islande	6,9	7	6,9	6,8	7,1	7,8	7,6	7,7	8,3	8,8	8,5 e	:
Irlande	5	4,8	4,6	4,7	4,7	4,5	4,6	5,1	5,4	5,6	5,7	:
Italie	5,6	5,1	5,2	5,4	5,4	5,5	5,8	6,1	6,2	6,2	6,4	:
Luxembourg	4,9	5,1	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,6	6,1	7,0 b	7,3 e	:
Pays-Bas	5,9	5,7	5,3	5,3	5,1 b	5	5	5,2	5,5	5,8 e	5,7 e	:
Norvège	6,7	6,7	6,6	6,9 b	7,7	7,7	7	7,4	8,2	8,5	8,1	7,2 e
Pologne	4,1	4,1	4,4	4,1	3,9	4,2	4	4,3	4,7 b	4,5	4,5	:
Portugal	4,6	5,1 b	5,5	5,6	5,6	5,9	6,8 b	6,7 e	6,9 e	7,1 e	7,2 e	:
Slovaquie	:	:	:	5,4	5,2	5,2	4,9	4,9	5	5,2	:	:
Espagne	5,5	5,4	5,4	5,3	5,3	5,3	5,2	5,2	5,2	5,5 b	5,7 e	:
Suède	7,1	7	7,2	7	7,1	7,2	7,1	7,4	7,8	7,9	7,7 e	:
Suisse	5,1	5,2 b	5,5	5,6	5,7	5,8	5,8	6,2	6,5	6,7	6,8 e	:
Turquie	2,5	2,4	2,7	3	3,5	3,9 b	4,2	5,1	5,2	5,4	5,5	:
Royaume-Uni	5,9	5,8	5,8	5,5 b	5,5	5,8	5,9	6,2	6,4	6,8	7,1	:
États-Unis	5,9	6	6	5,9	5,8	5,7	5,8	6,3	6,6	6,8	6,9	:
Canada	6,9	6,5	6,3	6,2	6,5	6,3	6,3	6,6	6,7	6,9	6,9 e	:
Japon	5,3	5,7 b	5,8	5,6	5,8	6	6,1	6,4	6,4	6,5 e	:	:

e: estimation

b: données manquantes

Source: OCDE Données Santé 2006

Tableau 3 : Financement privé de la santé (% du PIB)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Autriche	2,0	3,0 b	3,1	2,8	2,9	2,9	2,8	2,9	2,8	2,9	2,8	:
Belgique	:	1,8	1,7	1,9	2,0	2,1	2,1	2	2,2	2,9 b	:	:
République tchèque	0,4	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8 b	0,8 e	:
Danemark	1,5	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	:	:	:
Finlande	1,9	1,8	1,8	1,7	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	:
France	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2 b	2,3	2,3 e	:
Allemagne	2	2	2,1	2,2	2,2	2,3	2,2	2,3	2,3	2,4	:	:
Grèce	4,8	4,6	4,5	4,5	4,5	4,5	4,7 e	4,6 e	4,7 e	4,8 e	4,7 e	:
Hongrie	1	1,2	1,3	1,3	1,8 b	2	2,1	2,3	2,3	2,3 e	2,3 e	:
Islande	1,3	1,3	1,4	1,5	1,6	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7 e	:
Irlande	1,9	1,9	1,9	1,6	1,4	1,7	1,7	1,7	1,8	1,6	1,5	:
Italie	1,9	2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	1,9	2	2	2	:
Luxembourg	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7 b	0,8 e	:
Pays-Bas	2,2	2,3	2,7	2,5	2,8 b	3,0	2,9	3,1	3,3	3,4 e	3,5 e	:
Norvège	1,2	1,3	1,2	1,6 b	1,7	1,6	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,5 e
Pologne	1,5	1,5	1,6	1,6	2,1	1,7	1,7	1,7	1,9 b	1,9	2	:
Portugal	2,7	3,1 b	2,9	2,9	2,8	2,8	2,6 b	2,6 e	2,6 e	2,7 e	2,8 e	:
Slovaquie	:	:	:	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	:	:
Espagne	1,8	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	2	2,1	2,1	2,3 b	2,4 e	:
Suède	1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4 e	:
Suisse	4,3	4,5 b	4,6	4,6	4,7	4,7	4,6	4,7	4,7	4,8	4,8 e	:
Turquie	1,1	1	1,2	1,2	1,4	2,5 b	2,5	2,4	2,2	2,2	2,1	:
Royaume-Uni	1,1	1,1	1,2	1,3 b	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	:
États-Unis	7,3	7,3	7,2	7,2	7,3	7,4	7,4	7,7	8,1	8,4	8,5	:
Canada	2,7	2,6	2,6	2,7	2,7	2,7	2,7	2,8	3	2,9	3,0 e	:
Japon	1,4	1,2 b	1,2	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5 e	:	:

e: estimation

b: données manquantes

Source: OCDE Données Santé 2006

L'assurance-maladie privée remplit des fonctions très différentes : couverture principale en Allemagne, aux Pays-bas, alternative privée à la couverture publique en Irlande, en Espagne et au Royaume-Uni, dans nombre de pays européens la police d'assurance privée complète les prestations non prises en charge par le régime public.

La plupart des 24 États de l'Union européenne demandent une participation de l'utilisateur aux dépenses de santé, que ce soit pour les remboursements des médicaments (tous) ou les soins dentaires (tous sauf la Pologne). La moitié des pays imposent une participation pour les consultations de généralistes ou de spécialistes. Inversement, des mesures spécifiques ont été mises en place pour protéger les groupes des malades les plus vulnérables de dépenses personnelles de santé excessives. Ces exceptions de participation du patient au paiement des soins peuvent être fondées sur l'âge (enfants et retraités), le revenu (les revenus modestes ou les chômeurs), ou la situation de santé des assurés (les femmes enceintes ou les longues maladies).

Outre ces exceptions totales, les mécanismes financiers de participation privée varient de la franchise (française ou suisse) et du ticket modérateur (en France), au maximum à facturer (en Belgique), au remboursement fiscal (aux Pays-Bas), ou encore à l'assurance complémentaire de santé (partiellement subventionnée par le gouvernement en France). La contribution personnelle des patients aux frais de santé est généralement en vigueur dans les services publics de santé de toute l'Union européenne, sauf en Italie où la charge de la santé a été dévolue aux gouvernements régionaux. Ce pays fixe le cadre général des remboursements au niveau national avec une liberté allouée aux régions pour fixer la franchise. En Suisse (hors Union européenne), la liberté de choix de l'utilisateur pour la franchise est très supérieure.

Le tableau ci-après détaille la contribution personnelle du patient par pays et par type de dépense médicale.

Participation du patient aux frais médicaux dans les systèmes de santé publics (types NSH, système britannique de couverture-santé universelle, et SHI, système de sécurité sociale), soins dentaires exclus. Situation en 2005-2006

	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Soins cliniques	Médicaments (PR = prix de référence)
Autriche	Franchise de 4€ par trimestre pour toutes les consultations chez des généralistes, des spécialistes et des dentistes conventionnés ; dans le secteur non conventionné, l'assurance-maladie rembourse 80 % des frais qui auraient été acquittés chez un médecin conventionné.	Mêmes conditions que pour les généralistes.	16€ par jour dans les hôpitaux conventionnés.	Franchise de 4,25€ par médicament prescrit ; exonération pour les personnes vulnérables.
Belgique	Participation du patient de 25% ¹ , 35% pour les visites à domicile ; participation réduite pour les personnes vulnérables ; plafonnement annuel des dépenses restant à la charge du patient (entre 450€ et 2 500€ selon le revenu).	Participation du patient d'environ 40% selon la spécialité ; plafonnement annuel des dépenses restant à la charge du patient (entre 450€ et 2 500€ selon le revenu).	40€ pour la première journée, 13€ pour chaque journée supplémentaire, plus application de plusieurs tickets modérateurs (1€ par jour pour les médicaments, 7€ par séjour pour les examens de laboratoire et 6€ par séjour pour les examens par imagerie).	Participation du patient plafonnée selon la catégorie de médicaments : 0% pour cat. A (affections graves et de longue durée) ; 25% pour cat. B (franchise d'utilité sociale et médicale), jusqu'à concurrence de 10€ ou 15€ (pour gros conditionnements) ; 50% pour cat. C (utilité sociale et médicale moindre), jusqu'à concurrence de 17€ ; 60% pour cat. Cs et 80% pour cat. Cx.
République tchèque*	Néant.	Néant.	Néant.	Trois catégories de médicaments, pour lesquelles la participation du patient varie entre 0% et 100%. La 1 ^{ère} catégorie

(1) NdT : traduction du terme « co-assurance », qui désigne la part des frais médicaux non prise en charge par l'assurance-maladie et restant à la charge du patient (ou de son assurance complémentaire). Correspond au « ticket modérateur » dans le système français.

				correspond aux médicaments intégralement remboursés et renferme tous les médicaments essentiels.
Danemark	Néant pour le groupe 1 ; supplément pour le groupe 2.	Néant.	Néant pour les hôpitaux publics/conventionnés.	Franchise de 70€ ; la participation du patient varie de 0% à 100% en fonction du montant de dépenses annuelles au-delà de la franchise : 50% jusqu'à 169€; 25% entre 169€ et 397€, 15% au-dessus de 397€.
Estonie*	Forfait de 50 EEK au max. (3,20€) par visite à domicile.	Ticket modérateur de 50 EEK au max. (3,20€) pour les soins spécialisés en ambulatoire (tarif fixé par la direction de l'hôpital).	Pour services assurés dans des conditions d'hébergement normales, pendant une période de dix jours au maximum et pour une seule pathologie : 25 EEK (1,60€) par jour.	Généralement, participation forfaitaire de 50 EEK, plus 50 % de la différence entre le prix du médicament et le prix de référence pour les médicaments délivrés sur ordonnance ; les patients souffrant d'affections chroniques acquittent 20 EEK (1,20€); la caisse maladie prend en charge 75% à 90% de la différence entre le prix du médicament et le PR, en fonction de la classe thérapeutique.
Finlande	Variable selon les communes : jusqu'à 22€ par an, ou jusqu'à 11€ par visite pour les trois premières consultations dans l'année (plus 15€ pour les visites à domicile, la nuit et les week-ends).	Mêmes conditions que pour les généralistes.	Forfait journalier de 26€ (de 12€ pour les soins en psychiatrie)	Franchise par ordonnance, plus participation du patient selon la catégorie de médicament : 10€, plus 50% pour la catégorie de base, 5€ plus 25% pour la plupart des médicaments, et 5€ et remboursement intégral pour la catégorie supérieure (traitement de 36 maladies)

				chroniques) ; plafonnement annuel des frais à la charge du patient : 607€.
France	30% à la charge du patient pour les médecins conventionnés + franchise de 1€ par consultation ; supplément pour les médecins du secteur II.	Mêmes conditions que pour les généralistes	Forfait hospitalier de 14€/jour, ou participation du patient de 20%, selon celui des deux montants qui est le plus élevé ; des exemptions générales sont applicables au- delà du 30 ^e jour.	Part restant à la charge du patient : 35% pour la plupart des médicaments, 0% pour certains autres et 65% pour les médicaments de confort, ou pour ceux dont l'efficacité thérapeutique n'est pas prouvée ; 100% de la différence par rapport au PR pour les médicaments assujettis à un prix de référence.
Allemagne	Franchise de 10€ pour la 1 ^{ère} consultation par trimestre et par médecin ; orientation vers un spécialiste : gratuite. Exonération pour les enfants.	Mêmes conditions que pour les généralistes.	10€ par jour, pour une durée d'au maximum 28 jours.	10% à la charge du patient, compris entre 5€ min. et 10€ max., plus 100% de la différence par rapport au PR pour les médicaments relevant d'un prix de référence.
Grèce	Néant pour les médecins conventionnés.	Néant pour les médecins conventionnés.	Néant pour les hôpitaux publics.	25% à la charge du patient (10% seulement pour certaines indications et/ou catégories de personnes).
Hongrie	Néant.	Néant.	Néant.	Entre 10% et 90% à la charge du patient par médicament prescrit.
Irlande	Néant pour 31% de la population (cat. I) ; les patients de catégorie II acquittent intégralement la consultation chez un généraliste (45€ en moyenne).	Mêmes conditions que pour les généralistes	Néant pour les patients de cat. I ; forfait journalier de 55€ par jour, à concurrence de 550€ sur 12 mois pour les patients de cat. II.	Néant pour les patients de catégorie I ; franchise mensuelle de 85€ pour cat. II.
Italie	Néant.	Participation d'au max. 36€ par consultation ou par prescription	Néant	Franchise par prescription variant entre 0€ et 4€ selon les régions, plus participation du patient en fonction

		d'analyse.		du type de médicament : 0% (classe A, maladies graves), 50% (B) et 100% pour les médicaments de classe C, moins utiles, + 100% de la différence par rapport au PR pour les médicaments assujettis à un prix de référence.
Lettonie*	0,50 LVL (0,72€) pour une consultation chez un généraliste (adultes). Liberté de tarification du praticien pour les visites à domicile : forfait de 2 LVL (2,87€) pour les patients de plus de 80 ans et les handicapés.	2 LVL pour une consultation chez un spécialiste ; 1 LVL (1,44€) pour les patients percevant moins de 60 LVL (86€) de retraite.	La participation du patient dépend du niveau de l'hôpital et varie de 1,50 LVL (2,15€) à 5 LVL (7,18€) par jour, à concurrence d'au maximum 80 LVL (115€) par hospitalisation et de 150 LVL (215€) par année civile.	Quatre classes de remboursement variant de 50% à 100%, selon l'affection, son caractère et sa gravité.
Lituanie	Néant.	Néant.	Néant.	Couverture intégrale pour les enfants jusqu'à 18 ans, les handicapés du groupe d'invalidité 1 et les assurés hospitalisés. La part à la charge du patient varie de 0% à 50% pour les patients souffrant de pathologies spécifiques (liste spéciale).
Luxembourg	Participation à la charge du patient de 20%/5% pour la 1 ^{ère} visite et les consultations ultérieures, par période de 28 jours (honoraires du praticien), plus 5% pour les frais des actes médicaux (dans la limite de 3€ / consultation).	Participation à la charge du patient de 20%/5% pour la 1 ^{ère} visite et les consultations ultérieures, par période de 28 jours (honoraires du praticien), plus 5% pour les frais des actes médicaux (dans la limite de 3€ / consultation).	Forfait de 11€ /jour, à concurrence de 30 jours.	Trois catégories de médicaments, taux à la charge du patient de 0%, 20% et 60 %.
Malte	Néant.	Néant.	Néant.	Gratuité pendant une hospitalisation,

				sinon remboursement sous conditions de ressources.
Pays-Bas	Néant ^a	Néant ^a	Néant pour les prestataires conventionnés ; participation selon les revenus pour les soins relevant du régime de l'AWBZ (soins de longue durée) ^a	Néant, hormis une participation de 100% pour la différence du prix par rapport au prix de référence ^a
Pologne	Néant.	Non applicable.	Néant.	Forfait de 2,5 PLN (0,6€) / ordonnance.
Portugal	Différents montants de ticket modérateur selon le type, l'urgence et le lieu de consultation.	Mêmes conditions que pour les généralistes conventionnés. Toutefois, de nombreux spécialistes ne sont pas conventionnés.	Néant	4 catégories de médicaments, taux de 0%, 30%, 60% et 80% restant à la charge du patient. Les taux sont diminués de 10% pour les génériques et de 15% pour les retraités à faibles revenus.
Slovaquie*	20 SKK (0,53€) pour chaque visite, 20 SKK pour chaque ordonnance, 2 SKK (0,05€) par km de transport sanitaire.	Non applicable.	Forfait de 50 SKK (1,32€) par journée d'hospitalisation (pendant 21 jours au max.). Pas de limitation de durée pour les patients souffrant d'une longue maladie.	Gratuité ou remboursement partiel, en fonction des listes ; la part restant à la charge du patient est de 8% en moyenne.
Slovénie*	La participation du patient varie entre 5% et 75% (il existe des assurances complémentaires volontaires)	Non applicable.	Participation d'au maximum 25% des frais en cas d'hospitalisation liée à un traitement hospitalier (services liés au diagnostic et au traitement des problèmes de fertilité, volet non médical des soins).	Trois listes : remboursement à 75% et 100% pour les enfants ; remboursement à 25% et pas de remboursement. Possibilité de souscrire une assurance complémentaire volontaire.
Espagne	Néant.	Néant.	Néant.	40% à la charge du patient ; 10% pour les traitements de maladies chroniques, avec un plafonnement à 3€ par unité ; les retraités et les patients atteints d'affections de longue durée sont largement

				exemptés.
Suède	Ticket modérateur de 11€ à 17€ par consultation (variable selon les comtés). Exonération pour les enfants et adolescents.	Ticket modérateur de 22€ à 33€ par consultation (variable selon les comtés). Exonération pour les enfants et adolescents.	Ticket modérateur d'au maximum 9€ par journée d'hospitalisation.	Franchise de 100€; le taux à la charge du patient varie en fonction des dépenses annuelles de santé au-delà de la franchise : 50% jusqu'à 189€, 25% entre 189€ et 368€, 10% entre 368€ et 479€. Au-delà, les médicaments sont délivrés gratuitement.
Royaume-Uni	Néant.	Néant.	Néant.	Franchise de 9€ (Angleterre)/7€ (Pays de Galles) par médicament, ou forfait (certificat de prépaiement d'ordonnances) de 47€/37€ pour 4 mois, ou de 130€/102€ pour un an. Nombreuses exonérations.

Sources : Tableaux Missoc 2005 et 2006, et Thomson et al. (2003) ; ^aune franchise volontaire comprise entre 100€ et 500€ peut être appliquée en échange d'une réduction de la cotisation d'assurance.