

N° 1211

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 octobre 2008.

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 2009* (n° 1157)

TOME II

ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL

PAR M. JEAN-PIERRE DOOR,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	9
I.- UN OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (ONDAM) 2009 RAISONNABLE, CRÉDIBLE ET RÉÉQUILIBRÉ	11
A. ASSURER UNE ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ PLUS CONFORME À L'ONDAM	11
1. L'année 2007 a connu un dérapage significatif des dépenses de santé incluses dans le champ de l'ONDAM.....	11
2. L'évolution des dépenses de santé s'est rétablie en 2008 à un niveau proche de l'ONDAM.....	14
B. PROPOSER POUR 2009 UN ONDAM RAISONNABLE, RÉALISTE ET ÉQUILIBRÉ	17
1. L'ONDAM est raisonnable et réaliste	17
2. La réalisation de l'ONDAM suppose d'approfondir la politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé	20
II.- LES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE	25
A. POURSUIVRE LA MISE EN ŒUVRE DES INSTRUMENTS DE MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE CRÉÉS EN 2008	25
1. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a créé de nouveaux instruments de régulation des dépenses de soins de ville, dont la mise en œuvre a parfois connu des retards	25
2. Le projet de loi aménage les conditions de mise en œuvre de certaines mesures de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008	26
B. APPROFONDIR LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE PAR UNE GOUVERNANCE PLUS EFFICACE DU SYSTÈME DE SANTÉ	29
1. Les organismes d'assurance maladie complémentaire pourront prendre part aux négociations conventionnelles	29
2. L'information du Parlement et du Gouvernement sur les négociations conventionnelles sera améliorée.....	31
C. AMÉLIORER LA QUALITÉ ET L'EFFICIENCE DES SOINS DE VILLE.....	31
1. La prescription d'actes paramédicaux en série sera guidée par des référentiels de la Haute autorité de santé (HAS).....	31
2. L'instauration d'une rémunération stable et attractive pour les enseignants de médecine générale contribuera à la structuration d'une filière universitaire de médecine générale.....	32

D. FACILITER L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'UNE INFECTION POST-TRANSFUSIONNELLE PAR LE VIRUS DE L'HÉPATITE C	36
III.- L'HÔPITAL ET LES CLINIQUES PRIVÉES	39
A. LES DÉPENSES HOSPITALIÈRES.....	39
1. Les dépenses hospitalières pèsent moins dans la dynamique des dépenses de l'assurance maladie.....	40
2. Le contexte financier des établissements de santé publics et privés se dégrade.....	41
B. LES RÉFORMES HOSPITALIÈRES SE POURSUIVENT : DU PLAN « HÔPITAL 2007 » AU PROJET DE LOI PORTANT RÉFORME DE L'HÔPITAL ET RELATIF AUX PATIENTS, À LA SANTÉ ET AUX TERRITOIRES.....	46
1. La modernisation et le soutien du secteur hospitalier ont déjà été engagés.....	46
2. Les établissements de santé restent confrontés à des difficultés persistantes.....	59
3. L'année 2008 a été une année de grande réflexion sur l'hôpital.....	65
C. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009 RENFORCE LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE ET LES EFFORTS D'EFFICIENCE À L'HÔPITAL	68
1. Le volume des soins dont la justification médicale est discutable sera infléchi.....	68
2. Le coût de la prise en charge de certains médicaments administrés en consultation externe sera réduit.....	70
3. Les outils de traitement des situations de déséquilibre financier seront mieux articulés dans une logique de gradation.....	70
4. La création de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) favorisera l'amélioration de la performance des établissements de santé.....	71
IV.- LES DÉPENSES DE PRESTATIONS SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES.....	73
A. LES DÉPENSES RELEVANT DE LA COMPÉTENCE DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE (CNSA).....	73
1. L'ONDAM médico-social délégué à la CNSA.....	83
2. L'action en faveur des personnes âgées.....	85
3. L'action en faveur des personnes handicapées.....	87
B. LES DÉPENSES DE L'ONDAM MÉDICO-SOCIAL HORS CHAMP DE LA CNSA.....	89
V.- LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES	91
A. LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS DEMEURE LA MISSION PREMIÈRE DE LA BRANCHE	91
1. Les accidents du travail et les maladies professionnelles continuent de connaître des évolutions divergentes.....	91

2. La gestion du risque requiert une politique cohérente édictée et appliquée par tous les acteurs au sein desquels les partenaires sociaux sont étroitement impliqués.....	97
B. LE DÉFICIT DE LA BRANCHE AT-MP S'EST FORTEMENT CREUSÉ EN 2007.....	102
1. La forte dégradation du solde de la branche AT-MP en 2007 est imputable à des corrections demandées par la Cour des comptes.....	102
2. Les fonds destinés à la prise en charge des victimes de l'amiante constituent toujours une part importante des charges de la branche.....	104
3. Le solde de la branche devrait devenir excédentaire en 2008 pour la première fois depuis 2001.....	105
C. LES RÉFLEXIONS SUR LA RÉFORME DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES ONT PROGRESSÉ.....	106
1. Les partenaires sociaux ont souhaité mieux définir la gouvernance de la branche AT-MP.....	106
2. Les partenaires sociaux ont souhaité mettre l'accent sur le caractère préventif du système AT-MP.....	108
3. Le groupe de travail sur la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante a formulé des propositions pour une réforme de l'allocation de cessation anticipée d'activité.....	110
D. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009 APPORTE DES AMÉLIORATIONS NOTABLES EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL.....	111
1. D'importantes propositions de l'accord des partenaires sociaux du 12 mars 2007 relatif à la prévention, à la tarification et à la réparation des risques professionnels sont transposées dans la loi.....	111
2. Le dispositif en faveur de la réinsertion professionnelle est renforcé.....	112
3. Le financement des fonds destinés aux victimes de l'amiante est assuré.....	112
4. Le phénomène de sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles est mieux pris en compte.....	113
ANALYSE DES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE, AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL ET AUX MALADIES PROFESSIONNELLES.....	115
DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2008.....	115
Section 2 : Dispositions relatives aux dépenses.....	115
<i>Article 5</i> : Rectification des montants des dotations du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).....	115
<i>Article 8</i> : Rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).....	123

QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2009	126
Section 1 Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie	126
<i>Article 31</i> : Participation de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) aux négociations conventionnelles – Expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins	126
<i>Article 32</i> : Suivi des propositions formulées par le rapport annuel sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie	132
<i>Article 33</i> : Rémunération des enseignants de médecine générale	133
<i>Article 34</i> : Référentiels de prescription et procédure d'accord préalable pour certains actes en série	136
<i>Article 35</i> : Groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés	138
<i>Article 36</i> : Dispositif de régulation des prescriptions de spécialités pharmaceutiques financées en sus des groupes homogènes de séjour et validation de la prescription des médicaments orphelins	143
<i>Article 37</i> : Clarification des prises en charge de certains médicaments administrés en consultation externe à l'hôpital	153
<i>Article 38</i> : Prise en charge des actes et dispositifs médicaux innovants au sein de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)	157
<i>Article 39</i> : Dispositions diverses relatives au financement des établissements de santé	160
<i>Article 40</i> : Clarification du traitement des situations de déséquilibre financier des établissements publics de santé et harmonisation des mises sous administration provisoire	169
<i>Article 41</i> : Création de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux	174
<i>Article 42</i> : Extension du champ des mises sous accord préalable à des prestations d'hospitalisation atypiques	180
<i>Article 43</i> : Récupération sur les tarifs soins des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes des dépenses d'assurance maladie indûment prises en charge à titre individuel par un organisme d'assurance maladie	182
<i>Article 44</i> : Tarification à la ressource des établissements sociaux et médico-sociaux	185
<i>Article 45</i> : Réintégration des dépenses de médicaments dans le tarif soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	192
<i>Article 46</i> : Financement de la formation des aidants et accueillants familiaux	194
<i>Article 47</i> : Procédure d'indemnisation à l'amiable par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) pour les victimes d'une infection par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine – Dotation pour 2009 à l'ONIAM	200
<i>Article 48</i> : Dotations pour 2009 au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)	207

<i>Article 49</i> : Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès.....	211
<i>Article 50</i> : Fixation du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de sa ventilation	214
Section 3 : Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles	218
<i>Article 65</i> : Amélioration de la prise en charge des frais paramédicaux.....	218
<i>Article 66</i> : Maintien des indemnités journalières et prévention de la désinsertion professionnelle	221
<i>Article 67</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).....	224
<i>Article 68</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.....	234
<i>Article 69</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2009	241
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR.....	243

INTRODUCTION

« Assurer le financement des dépenses de santé, c'est un défi pour demain qui se joue aujourd'hui ».

Discours de M. Nicolas Sarkozy, président de la République,
sur la politique de la santé et de la réforme du système de soins

18 septembre 2008

La pérennité de notre système social dépend pour une large part du retour de nos régimes obligatoires d'assurance maladie à une situation financière soutenable.

En effet, sous le double effet du vieillissement de la population et des progrès thérapeutiques, nos dépenses d'assurance maladie ont tendance à augmenter spontanément de 2 milliards d'euros par an. D'après les projections de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)⁽¹⁾, le déficit de l'assurance maladie aurait atteint 22 milliards d'euros en 2008 pour le seul régime général si des mesures d'économies et de réformes structurelles n'avaient pas été prises dès 2004.

Grâce à ces premiers efforts, le déficit du régime général devrait s'établir cette année à seulement 4 milliards d'euros environ selon les dernières estimations publiées. On ne saurait certes se contenter d'une seule réduction du déficit, fût-elle significative, tant il est vrai que, comme le souligne le Gouvernement dans la présentation du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012⁽²⁾, *« les dépenses de sécurité sociale sont fondamentalement des dépenses de transfert, qui n'ont pas vocation à être financées par les générations futures »*. A cet égard, l'objectif de retour à l'équilibre de l'assurance maladie en 2011 fixé le 18 septembre 2008 par le président de la République dans son discours de Bletterans sur la politique de la santé et la réforme du système de soins doit susciter un engagement résolu de tous les acteurs de notre système de santé pour poursuivre l'effort de retour à l'équilibre.

Il faut donc se féliciter qu'une véritable dynamique de redressement ait été engagée qui, selon la CNAMTS, s'explique en partie par des recettes nouvelles, mais également, pour moitié, par une véritable inflexion dans l'évolution des dépenses de santé, résultat tangible d'une politique volontariste de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

(1) Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), *Propositions sur les charges et les produits de l'assurance maladie pour 2009*

(2) *Rapport annexé au projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012 (n° 1128)*.

Compte tenu du niveau déjà élevé en France de prélèvements obligatoires, notamment pour ce qui concerne les charges sociales pesant sur les salaires, et de la volonté délibérée de l'exécutif de ne pas pénaliser le pouvoir d'achat des Français dans un contexte économique dégradé, qui risque de peser sur les finances sociales sans que l'on puisse encore dès à présent en estimer les conséquences exactes, c'est moins dans la recherche de recettes nouvelles que dans la poursuite et l'approfondissement de cette maîtrise médicalisée des dépenses qu'il faut faire converger tous nos efforts pour contribuer de façon substantielle à la réduction des déficits.

Cela ne nous exonère pas pour autant d'une réflexion globale sur la nécessaire réforme du financement de la protection sociale que le rapporteur appelle de ses vœux depuis plusieurs années.

Profondément renouvelée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, les grandes orientations de notre politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé ont déjà fait la preuve de leur efficacité.

Deux traits caractéristiques de cette politique méritent ici d'être soulignés :

– elle vise à optimiser nos dépenses de santé dans une recherche constante d'efficacité, c'est à dire à soigner mieux et non à soigner moins ;

– elle ne s'applique pas « contre » les professionnels de santé, mais elle les associe à sa définition et à sa mise en œuvre.

Le présent projet de loi s'inscrit parfaitement dans cette logique. Il repose sur des objectifs de dépenses réalistes, dont le respect suppose des économies ambitieuses mais nullement hors de notre portée. Il met en place une réforme de la tarification des prestations des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, afin que les forfaits de soins correspondent aux véritables besoins sanitaires des populations hébergées et que les établissements rationalisent leurs achats et la fourniture de médicaments aux résidents.

Dans quelques semaines, le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires proposera une modernisation globale du système de santé français en apportant des réponses aux grands enjeux que sont l'accès de tous aux soins, le décloisonnement entre l'ambulatoire, l'hôpital et le médico-social, l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques, la santé des jeunes et, d'une manière générale, la coordination du système de santé et complètera ainsi utilement les mesures ambitieuses du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

I.- UN OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (ONDAM) 2009 RAISONNABLE, CRÉDIBLE ET RÉÉQUILIBRÉ

A. ASSURER UNE ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ PLUS CONFORME À L'ONDAM

1. L'année 2007 a connu un dérapage significatif des dépenses de santé incluses dans le champ de l'ONDAM

En 2007, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été dépassé de 2,9 milliards d'euros. Ce dérapage s'explique autant par le caractère irréaliste de l'ONDAM que par la forte croissance des dépenses de santé.

a) Un ONDAM peu réaliste

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour une année ainsi que ses sous-objectifs sont construits sur la base d'une estimation des dépenses de santé de l'année précédente, à laquelle est appliqué un taux de croissance prévisionnel de ces dépenses. S'agissant de l'ONDAM pour 2007, tant sa base de construction que le taux de croissance choisis étaient irréalistes, notamment pour les soins de ville.

- *Des dépenses de soins de ville sous-estimées pour 2006*

Dans son rapport de septembre 2008 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes montre que la base retenue pour le sous-objectif des dépenses de soins de ville pour 2007 avait sous-estimé d'environ 800 millions d'euros les dépenses réalisées en 2006 : d'abord évaluées à 65,9 milliards d'euros, elles ont été revues depuis à 66,7 milliards d'euros. Au contraire, la base des deux sous-objectifs de dépenses relatives aux établissements de santé avait été surévaluée de 120 millions d'euros, mais cela ne suffisait pas à compenser, au sein de l'ONDAM, l'insuffisance de la base des soins de ville.

- *Un taux de progression des dépenses fixé de façon irréaliste*

Alors que l'évolution tendancielle des dépenses était estimée à 4,5 %, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 proposait de fixer le taux de progression de l'ONDAM à 2,5 % et celui des dépenses de soins de ville au niveau manifestement irréaliste de 0,8 %.

C'est pourquoi la Commission, à l'initiative du rapporteur, a majoré le montant de ce sous-objectif de façon à porter son taux de progression à 1,1 %. Lors de son audition par la Commission ⁽¹⁾, M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, a souligné le caractère inédit de cette démarche.

(1) Audition du 17 septembre 2008.

Néanmoins, même rectifié par le Parlement, ce sous-objectif correspondait en fait à une progression nulle des dépenses de soins de ville par rapport à 2006, compte tenu de la sous-estimation de ces dépenses pour cette année. Comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport précité, le sous-objectif des soins de ville « *paraissait dès lors impossible à respecter, du moins à législation constante* ».

En outre, comme le montre le tableau ci-dessous, la progression des dépenses de santé prévue par l'ONDAM était inégalement répartie entre ses sous-objectifs, au détriment des soins de ville.

Évolution de l'ONDAM entre 2007 et 2008

(à champ constant)

Milliards d'euros courants	Construction		Données après constat 2006		Constat 2007 semi-définitif		
	Sous-objectifs arrêtés	Taux d'évolution LFSS (III)	Base 2007 réactualisée (I)	Taux cibles actualisés (II)	Montant	Taux d'évolution	Écart à l'objectif
Arrondis à 100 M €							
ONDAM Soins de ville	66,7	1,1 %	66,7	0,0 %	69,7	4,5 %	3,1
ONDAM hospitalier	65,625	3,5 %	63,4	3,6 %	65,5	3,3 %	- 0,2
ONDAM médico-social	11,8	6,7 %	11,0	6,7 %	11,8	6,7 %	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,8	8,3 %	4,4	9,3 %	4,8	9,3 %	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,0	5,6 %	6,7	5,1 %	7,0	5,0 %	0,0
Autres prises en charge	0,7	7,6 %	0,7	-3,5 %	0,8	3,6 %	0,1
ONDAM TOTAL	144,8	2,6 %	141,8	2,1 %	147,8	4,2 %	2,9

NB : La base 2007 (colonne I) présente les dépenses de 2006 ramenées au périmètre de l'ONDAM 2007 et tient compte des dernières données comptables disponibles. Les différences d'évolution entre les colonnes II et III proviennent du fait que les objectifs de chaque sous-enveloppe sont fixés en valeur et non en taux d'évolution. Le constat des dépenses pour l'année 2006 modifie donc le taux de croissance que doit respecter chacune des sous-enveloppes en 2007

Source : rapport de septembre 2008 à la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS)

b) Des dépenses très dynamiques

La quasi-totalité du dépassement de l'ONDAM en 2007 est due au dépassement du sous-objectif des dépenses de soins de ville, à tel point que la procédure d'alerte instaurée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a dû être déclenchée pour la première fois.

• *Une croissance très dynamique des dépenses de soins de ville*

Les dépenses de soins de ville ont augmenté de 4,5 % en 2007, ce qui a porté leur montant à 3,1 milliards d'euros de plus que leur sous-objectif. Outre le caractère irréaliste du taux de progression prévisionnel qui avait été retenu, ce dépassement s'explique par :

– la non-réalisation des économies prévues : d’après la Cour des comptes, les deux milliards d’euros d’économies prévus pour que l’ONDAM soit respecté portaient notamment sur les dépenses de produits de santé, mais celles-ci ont augmenté de 4,6 % pour les médicaments et de 11,3 % pour les dispositifs médicaux ;

– une dynamique de croissance très soutenue de l’ensemble des postes de dépenses de soins de ville, notamment des honoraires paramédicaux et des frais de transport des malades, comme l’indique le tableau ci-dessous.

Évolution des dépenses de soins de ville du régime général en 2007

(en milliards d’euros)

	Montants en 2007	Évolution par rapport aux dépenses constatées en 2006
Honoraires médicaux	15,1	+ 3,9 %
– dont généralistes	4,9	+ 5,2 %
– dont spécialistes	7,6	+ 3,4 %
Honoraires paramédicaux	5,5	+ 8,3 %
– dont infirmières	2,8	+ 9,5 %
Indemnités journalières	7,4	+ 3,6 %
Transports des malades	2,3	+ 5,2 %
Laboratoires	2,6	+ 1,4 %
Médicaments	17,7	+ 4,6 %
– dont remboursés à 100 %	10,5	+ 6,2 %
Dispositifs médicaux	3,2	+ 11,3 %
Total soins de ville	55,1	+ 4,9 %

Source : Cour des comptes, rapport sur la sécurité sociale, septembre 2008

• *La mise en œuvre de la procédure d’alerte*

L’article 40 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l’assurance maladie (codifié à l’article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale) a institué une procédure d’alerte en cas d’évolution des dépenses d’assurance maladie incompatible avec le respect de l’ONDAM : lorsqu’il constate un risque de dépassement de cet objectif supérieur à 0,75 %, le comité d’alerte sur l’évolution des dépenses d’assurance maladie met en œuvre une procédure dans le cadre de laquelle les régimes d’assurance maladie proposent des mesures de redressement.

Constatant un risque de dépassement de l’ONDAM alors évalué à deux milliards d’euros, ce comité a déclenché la procédure d’alerte le 29 mai 2007, conduisant le gouvernement à prendre en juillet 2007 des mesures d’économies pour un montant estimé à 417 millions d’euros au titre de l’année 2007. Cet effort a été réparti équitablement entre :

– les assurés, avec une modification du calcul du plafond journalier de la participation forfaitaire d'un euro, et une hausse du ticket modérateur pour les consultations effectuées hors du parcours de soins ;

– les professionnels de santé, avec des baisses de tarifs pour certains actes de radiologie et de biologie, et de nouveaux efforts de mobilisation autour des actions de maîtrise médicalisée des dépenses ;

– les entreprises pharmaceutiques, avec des baisses de prix ciblées sur certains médicaments et certains dispositifs médicaux, ainsi que l'extension du dispositif « tiers-payant contre générique ».

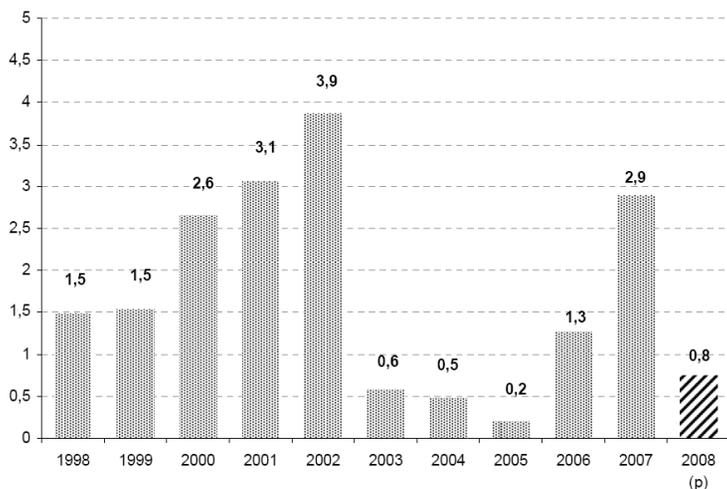
S'il y a lieu de regretter le dérapage de dépenses observé en 2007, il faut se féliciter du bon fonctionnement de la procédure d'alerte : le comité d'alerte a fait la preuve de son indépendance, et le mécanisme de suivi des dépenses tout au long de l'année institué par la loi du 9 août 2004 précitée y a gagné en crédibilité.

2. L'évolution des dépenses de santé s'est rétablie en 2008 à un niveau proche de l'ONDAM

D'après les prévisions présentées à la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2008, le dépassement de l'ONDAM se réduirait considérablement en 2008, passant de 2,9 à 0,75 milliard d'euros, comme l'illustre le graphique ci-après. Ce progrès résulte à la fois d'une construction plus réaliste de l'ONDAM et d'un infléchissement de la croissance des dépenses de santé, sous l'effet des mesures prises en 2007.

Les dépassements de l'ONDAM de 1998 à 2008

(en milliards d'euros)



(p) : prévision

Source : direction de la sécurité sociale (DSS), rapport de septembre 2008 à la commission des comptes de la sécurité sociale

a) Un ONDAM crédible, qui traduit l'amorce d'un rééquilibrage entre les soins de ville et les autres sous-objectifs de dépenses

• *Un ONDAM plus réaliste*

Le niveau de l'ONDAM initialement voté pour 2008 s'établit à 152 milliards d'euros, ce qui représente une progression de 2,8 % par rapport aux dépenses constatées, à champ constant, au titre de l'année 2007.

Contrairement à celui de 2007, l'ONDAM 2008 a été construit sur la base d'une estimation globalement juste des dépenses réalisées l'année précédente. Ainsi, l'actualisation de cette estimation au cours de l'exercice 2008 n'a pas eu pour effet de réduire le taux de progression des dépenses auquel correspond l'ONDAM voté par le Parlement, alors qu'en 2007, la réévaluation des dépenses réalisées en 2006 avait eu pour conséquence de ramener ce taux cible de 2,6 à 2,1 %.

Si ce constat vaut pour l'ONDAM 2008 pris globalement, il ne vaut pas pour chacun de ses sous-objectifs. Ainsi, le rapport précité de la Cour des comptes montre que le sous-objectif des dépenses de soins de ville pour 2008 a été construit sur la base de dépenses pour 2007 sous-évaluée de 330 millions d'euros : il en résulte un « manque de base » qui a pour effet de réduire le taux-cible de progression de ces dépenses de 1,9 à 1,4 %. À l'inverse, il ressort du rapport de septembre 2008 à la commission des comptes de la sécurité sociale que la base retenue pour fixer les sous-objectifs de dépenses relatifs aux établissements de santé a été légèrement surévaluée, de sorte que ces dépenses peuvent croître non pas de 3,1 % comme prévu au moment du vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, mais de 3,4 %.

Quoi qu'il en soit, le taux-cible de progression des dépenses de soins de ville est moins restrictif pour 2008 (1,9 % initialement prévu, 1,4 % après réactualisation de la base de construction de l'ONDAM) qu'en 2007 (1,1 % initialement prévu, 0 % après réactualisation).

• *Une amorce de rééquilibrage entre la ville et l'hôpital dans la ventilation de l'ONDAM*

Votre rapporteur souligne que l'écart entre les taux-cible de progression des dépenses de soins de ville et de soins hospitaliers s'est réduit en 2008. Une telle évolution marque un début de rééquilibrage de l'ONDAM entre ces deux secteurs.

b) Une décélération de la croissance des dépenses de santé

• *Une décélération de la progression des dépenses de soins de ville*

Selon le rapport de septembre 2008 à la commission des comptes de la sécurité sociale, les dépenses de soins de ville progresseraient en 2008 de 2,8 %,

contre 4,5 % en 2007. Ces dépenses excéderaient leur sous-objectif de 900 millions d'euros, contre 3,1 milliards d'euros en 2007. Il est à noter que ce dépassement inclut entre 300 millions d'euros de « manque de base » lié à la sous-estimation des dépenses réalisées en 2007.

Ce dépassement porte principalement sur les postes de dépense suivants : les indemnités journalières, le transport de malades et les soins paramédicaux, comme le montre le tableau ci-après pour les comptes du régime général.

Évolution des soins de ville dans les comptes du régime général

Dépenses remboursées, en valeur	Année 2007 Montants (en M €)	Évolution 07/06 %	Prévision 08/07 %
Soins de ville	55 143	4,9 %	2,8 %
Honoraires libéraux	25 777	4,7 %	3,3 %
Dont honoraires privés	15 168	3,9 %	2,1 %
Généralistes	4 915	5,2 %	1,0 %
Spécialistes	7 644	3,4 %	2,9 %
Sages femmes	101	5,9 %	10,1 %
Dentistes	2 509	3,1 %	1,5 %
Honoraires paramédicaux	5 550	8,2 %	6,7 %
Infirmières	2 855	9,4 %	7,5 %
Kinésithérapeutes	2 278	7,5 %	5,7 %
Orthophonistes	377	5,0 %	7,5 %
Orthoptistes	40	5,1 %	4,8 %
Laboratoires	2 681	1,4 %	- 0,1 %
Transports des malades	2 378	5,1 %	3,4 %
Autres soins de ville	29 366	5,0 %	2,7 %
Dont médicaments	17 749	4,6 %	0,5 %
Dont indemnités journalières	7 502	3,7 %	4,7 %
Dont IJ maladie	5 382	2,9 %	4,7 %
Dont IJ maladie – 3 mois	3 189	4,9 %	5,4 %
Dont IJ maladie + 3 mois	2 192	0,0 %	3,7 %
Dont IJ AT	2 210	6,0 %	4,7 %
Dont dispositifs médicaux	3 259	11,1 %	9,7 %

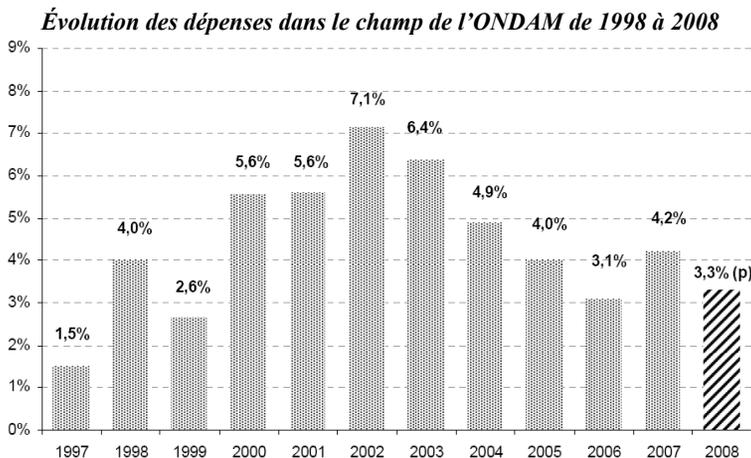
Source : direction de la sécurité sociale (DSS), rapport de septembre 2008 à la commission des comptes de la sécurité sociales

- *Les autres sous-objectifs de l'ONDAM sont respectés*

Le rapport de septembre 2008 à la commission des comptes de la sécurité sociale estime que les sous-objectifs de dépenses relatifs aux établissements de santé sont en sous-consommation de 100 millions d'euros environ. En effet, le gel de 100 millions d'euros sur le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), ainsi que l'impact pour 2008 de la sur-estimation des dépenses de 2007 dans la base de construction de ces sous-objectifs, compensent la dynamique de certains postes de dépense.

Quant aux deux sous-objectifs de dépense relatifs aux établissements médico-sociaux – concernant, pour l'un, la prise en charge des personnes âgées et, pour l'autre, celle des personnes handicapées –, ils constituent une dotation de l'assurance maladie à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Ces « enveloppes fermées » ne sont donc pas susceptibles de dépassements.

En conséquence, la croissance des dépenses du champ de l'ONDAM renoue en 2008 avec la tendance au ralentissement amorcée en 2003, comme le montre le graphique ci-dessous.



(p) : prévision

Source : direction de la sécurité sociale (DSS), rapport de septembre 2008 à la commission des comptes de la sécurité sociale

B. PROPOSER POUR 2009 UN ONDAM RAISONNABLE, RÉALISTE ET ÉQUILIBRÉ

Le présent projet de loi propose un ONDAM compatible avec la stratégie de retour à l'équilibre des comptes sociaux à l'horizon 2012, fixé à un niveau réaliste et ventilé de façon équilibrée entre le secteur des soins ambulatoires et hospitaliers.

1. L'ONDAM est raisonnable et réaliste

a) Un ONDAM conforme à la tendance des années passées comme à la programmation pluriannuelle des finances publiques

- *Un ONDAM réaliste au regard de la tendance observée depuis 2003*

Le projet de loi propose de fixer l'ONDAM à un niveau qui permet aux dépenses de santé de conserver en 2009 le même rythme de croissance que celui observé au cours de l'exercice 2008, à savoir : 3,3 %. Il est ainsi proposé de consacrer aux dépenses du champ de l'ONDAM 5,6 milliards d'euros de plus que ce qui était prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Compte tenu du contexte économique dégradé dans lequel s'inscrit l'exercice de programmation des dépenses sociales pour 2009, il faut saluer cet objectif ambitieux, qui laisse au système de santé les marges de manœuvre nécessaires pour mettre en œuvre les profondes réformes annoncées dans le cadre d'un projet de loi relatif à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires.

Le projet de loi prévoit notamment de fixer le sous-objectif des dépenses de ville à 73,2 milliards d'euros, contre 71 milliards d'euros en 2008 à structure constante, ce qui représente un taux-cible de progression de 3,1 %. Votre rapporteur souligne que ce taux de progression est nettement supérieur à ceux fixés pour 2007 (1,1 %) et 2008 (1,9 %), ainsi qu'au taux observé en 2008 (2,8 %).

L'ONDAM proposé pour 2009 est donc réaliste, d'autant que si l'on considère à part les 170 millions d'euros qu'il est prévu d'économiser sur le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et sur le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville (FIQCS), son taux de progression atteint 3,4 %.

• *Un ONDAM conforme à la programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012*

Pour ramener les finances publiques à l'équilibre à l'horizon 2012, l'article 7 du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012 (n° 1128), prévoit que l'ONDAM de l'ensemble des régimes obligatoires de base évolue chaque année de 3,3 % en valeur, à périmètre constant, comme l'indique l'encadré ci-dessous.

Projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012

Article 7

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base évolue chaque année de 3,3 % en valeur, à périmètre constant, selon les modalités décrites dans le rapport annexé à la présente loi.

Rapport annexé au projet de loi (extrait)

D'ici à 2012, la poursuite du redressement de l'assurance maladie implique le maintien d'une maîtrise réaliste des dépenses, dont l'évolution devra rester inférieure à la croissance du produit intérieur brut (PIB) associée à une consolidation des recettes de la branche. L'amélioration de la qualité des services de santé n'en sera pas affectée si l'ensemble des acteurs du système s'accorde pour mobiliser les marges de manœuvre existantes en termes d'efficience. En particulier, les hôpitaux publics devront maîtriser leurs déficits à travers une gestion plus efficace.

Ainsi il est proposé de fixer pour les exercices 2009 à 2012 une progression de l'ONDAM de 3,3% en valeur.

Cet objectif pourrait être atteint sans remettre en cause l'effort de l'assurance-maladie en faveur des prestations médico-sociales pour les personnes âgées et handicapées, à condition que le taux de progression des dépenses de soins de ville en valeur soit identique à celui de l'ONDAM global et supérieur à celui des dépenses en établissements de santé.

Ceci permettrait de maintenir constant le poids des soins de ville au sein de l'ONDAM tandis que la diminution progressive du poids des dépenses hospitalières (d'environ 0,6 point entre 2009 et 2012) correspondrait à l'accroissement de la part des dépenses médico-sociales.

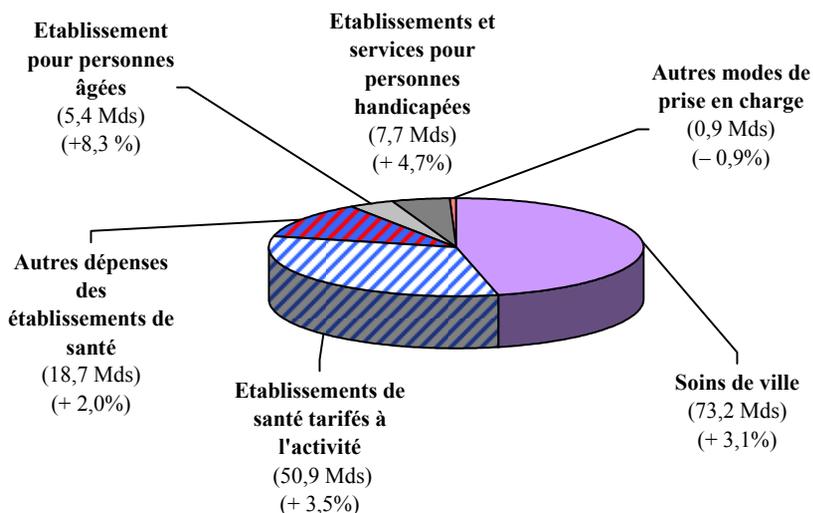
Cette évolution rapprocherait la France de la moyenne des pays comparables s'agissant de la part des dépenses hospitalières dans les dépenses d'assurance maladie, et favoriserait le développement de types de prises en charge moins lourds, plus conformes aux besoins de santé et aux aspirations des patients, que l'hospitalisation en structure sanitaire.

En fixant l'ONDAM à 3,3 % pour 2009, le présent projet de loi s'inscrit dans le cadre de cette programmation pluriannuelle des finances publiques.

b) Un ONDAM équilibré entre ses sous-objectifs

Le projet de loi fixe la ventilation de l'ONDAM de telle sorte que le taux de progression du sous-objectif des dépenses de soins de ville soit identique à celui des deux sous-objectifs de dépenses relatives aux établissements de santé, à savoir : 3,1 % (3,5 % pour les établissements tarifés à l'activité et 2 % pour les autres établissements de santé, comme le montre le diagramme ci-dessous).

***Décomposition de l'ONDAM pour 2009
tel qu'il est proposé par l'article 49 du projet de loi***



Pour le rapporteur, il y a lieu de se féliciter de ce rééquilibrage, qui va dans le sens des orientations de la programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012 (*cf. supra*) et du consensus qui s'est dégagé des Etats généraux de l'organisation des soins pour corriger l'« hospitalo-centrisme » qui marque notre système de santé : selon l'organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE), 64 % des dépenses françaises de soins curatifs et de réadaptation soient produites par le secteur hospitalier, contre 46 % en moyenne pour les pays de l'OCDE ⁽¹⁾.

2. La réalisation de l'ONDAM suppose d'approfondir la politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé

D'après les annonces faites par le gouvernement à la commission des comptes de la sécurité sociale du 29 septembre 2008, il faut réaliser près de 2,2 milliards d'euros d'économies pour respecter l'ONDAM tel qu'il est proposé de le fixer. Cela suppose de mobiliser des marges d'efficience dans le système de santé, en approfondissant la politique de maîtrise des dépenses, qui fait la preuve de son efficacité dès lors que les professionnels de santé y ont été associés.

a) La maîtrise médicalisée des dépenses produit depuis plusieurs années des résultats significatifs

Le politique de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville vise à réaliser des gains d'efficience, c'est-à-dire à soigner mieux et à meilleur coût, en agissant sur deux leviers :

– le volume d'actes, prestations et produits prescrits, que l'on peut maîtriser en modifiant les comportements des professionnels et des assurés sociaux ;

– le prix de ces actes, prestations et produits, que l'on peut réduire.

Ainsi, qu'il s'agisse de jouer sur le volume des soins ou sur le prix des produits, la politique de maîtrise médicalisée a permis d'importantes économies, grâce à la mobilisation des professionnels de santé.

• *Les résultats de la maîtrise médicalisée négociée avec les médecins*

Les objectifs de maîtrise des poursuivis par l'assurance maladie ont été fixés pour chaque année de façon concertée, dans le cadre de négociations conventionnelles qui ont abouti à la conclusion :

– pour 2007, de l'avenant n° 12 à la convention médicale (approuvé par un arrêté du 23 mars 2006) ;

(1) Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE), *Panorama de la santé*, 2007.

– pour 2008, de l’avenant n° 23 à cette convention (approuvé par un arrêté du 2 mai 2007).

Les objectifs d’économies ainsi fixés portaient en 2007 sur un montant de 623 millions d’euros, et en 2008, sur 613 millions d’euros. D’après les informations fournies au rapporteur par le ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, le taux d’atteinte des objectifs fixés est évalué à 60,6 % pour 2007 – comme le montre le tableau ci-dessous –, et estimé à 62 % environ pour 2008.

Maîtrise médicalisée des dépenses : objectifs fixés pour les médecins et résultats obtenus en 2007

Thème	Objectifs de la maîtrise médicalisée			Économies tous régimes 2007	Taux d’atteinte de l’objectif
	Tendance	Objectif / tendance	Montant en M€	Montant en M€	
Antibiotiques	0 %	– 5,0 %	40	27	67,5 %
Statines	7,6 %	– 7,1 %	20	131	655,0 %
Psychotropes	0,0 %	– 5,0 %	13	8	61,5 %
Arrêts de travail (IJ)	1,3 %	– 1,3 %	80	0	0 %
Transport	5,0 %	– 4,8 %	30	24	80 %
IPP	1,9 %	0 %	20	27	135,0 %
ALD	0,7 point	– 2 points	146	73	50 %
ACBUS :		– 59 millions	59		40,6 %
- anti-agrégants		– 34 millions		24	70,5 %
- coloscopie après polypectomie		– 15 millions		0	0 %
IEC Sartans		– 80 millions		64	80 %
Actes		– 30 millions		0	0 %
Dispositifs médicaux		– 20 millions		0	0 %
Total			623	378	60,6 %

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

La mise en œuvre de l’accord national relatif à la fixation d’objectifs de délivrance de spécialités génériques (approuvé par un arrêté du 30 juin 2006 et modifié par plusieurs avenants) illustre également l’efficacité des mesures de maîtrise médicalisée des dépenses dans lesquels les professionnels sont impliqués : le taux de pénétration des génériques dans le répertoire (c’est-à-dire les parts de marché des génériques dans les catégories de médicaments pour lesquelles il en existe) atteint 81,7 % fin 2007, ce qui a engendré 610 millions d’euros d’économies en 2006, et 405 millions d’euros d’économies supplémentaires en 2007.

- *Les résultats d'une gestion active du prix des médicaments*

Le comité économique des produits de santé (CEPS) est chargé de négocier avec les entreprises pharmaceutiques le prix des médicaments encore protégés par un brevet. Dans ce cadre, il veille à négocier régulièrement des baisses de prix. En outre, il réduit de 15 % le prix des médicaments princeps lorsque des génériques arrivent sur le marché.

D'après le ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, ces deux types de baisse ont engendré des économies estimées à 268 millions d'euros en 2007, et 230 millions d'euros supplémentaires en 2008.

De plus, les vagues successives de déremboursement de médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant ont permis des économies importantes :

- en septembre 2003, 82 spécialités pharmaceutiques ont été déremboursées, pour une économie de 50 millions d'euros en année pleine ;

- en mars 2006, 152 médicaments ont été déremboursés, avec une prise en charge transitoire des « veinotoniques » au taux de 15 % jusqu'en 2008 ; selon le ministère de la santé, cette mesure représente une économie de 115 millions d'euros en 2007, et de 460 millions d'euros en année pleine ;

- en octobre 2006, à la suite d'un avis de la Haute autorité de santé (HAS), 41 médicaments ont été déremboursés après une prise en charge transitoire au taux de 15 % en 2007 ; il en résulte une économie de 20 millions d'euros en 2007, et de 80 millions d'euros en année pleine.

b) Respecter l'ONDAM 2009 suppose de poursuivre et d'approfondir la politique de maîtrise médicalisée des dépenses

- *Une croissance tendancielle très dynamique des dépenses de santé*

Le rapport de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2009 estime que l'évolution tendancielle des dépenses de santé conduirait les dépenses du champ de l'ONDAM, si aucune mesure nouvelle n'est prise, à croître de 4,7 %.

Cette croissance tendancielle est tirée notamment par les dépenses médico-sociales, qui augmenteraient de 6,5 %, ainsi que par les soins de ville, qui progresseraient de 5,5 % en valeur du fait notamment de la dynamique prévisible des produits de santé, dont la croissance tendancielle s'établirait à 7,1 %. Quant au secteur hospitalier, ses dépenses auraient tendance à progresser de 3,5 %.

- *Un ONDAM dont le respect suppose 2,168 milliards d'euros d'économies*

Comme l'indique l'annexe 9 au présent projet de loi, contenir l'évolution de l'ONDAM à 3,3 % en 2009 suppose de réaliser 2,168 milliards d'euros

d'économies par rapport au niveau des dépenses de santé qui résulterait de leur croissance tendancielle. Plusieurs mesures sont prévues à cette fin.

Les actions conventionnelles de maîtrise médicalisée doivent permettre en 2009 720 millions d'euros d'économies, qui résulteraient :

– pour 520 millions d'euros, des programmes annuels de maîtrise médicalisée conclus, sous forme d'avenants aux conventions, entre les professionnels de santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ;

– pour 5 millions d'euros, de la contribution forfaitaire aux frais de gestion des caisses d'assurance maladie, acquittée en application de l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale par les professionnels de santé qui ne transmettent pas les feuilles de soins par voie électronique ;

– pour 65 millions d'euros, de la réduction du nombre d'actes paramédicaux inutiles prescrits en série, que l'article 33 du présent projet de loi propose d'encadrer par des référentiels validés par la Haute Autorité de santé (HAS) ;

– pour 130 millions d'euros, d'une « *gestion médicalisée de la liste des produits remboursables* » tirant les conséquences, selon l'annexe 9 précitée, de l'évaluation du service médical rendu par les produits de santé et des avis médico-économiques de la HAS prévus par l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (codifié à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale).

Une majoration de 20 points du ticket modérateur, instaurée afin de responsabiliser les patients qui ne respectent pas le parcours de soins, produirait en outre 150 millions d'euros d'économies en 2009.

De plus, il est envisagé d'ajuster les tarifs de certains actes pour faire bénéficier l'assurance maladie des gains de productivité réalisés dans leur production, de façon à économiser 250 millions d'euros, dont :

– 100 millions d'euros par des baisses de tarifs de radiologie ;

– la même somme par des baisses de tarifs de biologie ;

– 50 millions d'euros par des baisses de tarifs ciblés sur divers actes spécialisés parmi lesquels pourraient figurer les anesthésies générales pratiquées pour la chirurgie de la cataracte.

Il est également prévu d'économiser 40 millions d'euros dans le cadre du conventionnement d'entreprises de taxis permis par l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (codifié à l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale).

En parallèle, 560 millions d'euros d'économies sont prévus sur les dépenses de médicaments et de produits de santé, dont :

– 340 millions d'euros résultant de baisses de prix des médicaments les moins innovants ou les plus onéreux au sein de classes pharmaceutiques homogènes ;

– 40 millions d'euros liés à des baisses de prix prévues pour certains médicaments génériques ;

– 30 millions d'euros grâce au développement des grands conditionnements, que les pharmaciens doivent délivrer pour les traitements de plus de trois mois, conformément à l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (article L. 5125-23 du code de la santé publique) ;

– 50 millions d'euros liés à des baisses de prix de dispositifs médicaux

– 100 millions résultant de la réduction des marges des distributeurs de produits de santé, principalement les pharmaciens (pour 75 millions d'euros), mais aussi les grossistes-répartiteurs de médicaments et les centres hospitaliers qui dispensent des spécialités pharmaceutiques à des patients ambulatoires, au titre de la « rétrocession hospitalière ».

303 millions d'euros d'économies sont également prévus sur les dépenses relatives aux établissements de santé. Ces économies y seront possibles :

– en développant les prises en charge ambulatoires, que l'article 41 du présent projet de loi vise à favoriser en permettant de subordonner les prestations des hôpitaux qui en pratiquent trop peu à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'assurance maladie ;

– en régulant la consommation de médicaments onéreux, pris en charge en sus des forfaits d'hospitalisation, suivant le dispositif proposé par l'article 35 du présent projet de loi.

En outre, l'article 47 du présent projet de loi propose de réduire la dotation pour 2009 du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) de 60 millions d'euros, et celle du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) de 110 millions d'euros, par rapport aux dotations fixées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

II.- LES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007) a renforcé les outils à la disposition des pouvoirs publics pour réguler les dépenses de soins de ville. Mais l'élaboration des textes d'application de certaines dispositions de cette loi, et la mise en œuvre d'autres mesures prévues par elle, ont pris en 2008 un retard conséquent. Aussi certaines mesures prises pour 2008 ne produiront ainsi leurs effets qu'en 2009.

Le présent projet de loi précise les modalités d'application de certaines de ces mesures et en propose de nouvelles, tendant à rendre la gouvernance de notre système de santé plus cohérente et à promouvoir un meilleur usage des soins de ville.

A. POURSUIVRE LA MISE EN ŒUVRE DES INSTRUMENTS DE MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE CRÉÉS EN 2008

1. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a créé de nouveaux instruments de régulation des dépenses de soins de ville, dont la mise en œuvre a parfois connu des retards

a) Des instruments nouveaux de maîtrise médicalisée des dépenses

La dernière loi de financement de la sécurité sociale a créé ou renforcé une large gamme d'outils visant à maîtriser les dépenses de santé. C'est le cas, par exemple, des mesures suivantes :

– Son article 37 permet de soumettre à l'accord préalable du service médical de l'assurance maladie les prescriptions d'actes, de produits ou de prestations divers (notamment des transports en ambulance) des médecins qui prescrivent le plus.

– L'article 41 charge la Haute autorité de santé (HAS) d'émettre des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces.

– L'article 43 permet à l'assurance maladie de proposer aux médecins et aux centres de santé des contrats comportant des engagements individualisés de bon usage des soins.

– L'article 44 permet d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant.

– Le même article 44 permet d'expérimenter également de nouveaux modes d'organisation et de financement de la permanence des soins.

b) Des retards dans la mise en œuvre de ces instruments

L'article 67 de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit dispose qu'à l'issue d'un délai de six mois suivant la date d'entrée en vigueur d'une loi, le gouvernement présente au Parlement un rapport sur la mise en application de cette loi. Le rapport présenté en application de ces dispositions indique qu'au 1^{er} juillet 2008, 13 décrets d'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 avaient été pris, et 24 restaient à prendre.

En outre, comme les rapporteurs du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 l'ont rappelé dans un récent rapport d'information sur la mise en application de cette loi⁽¹⁾, si 67 des 101 articles de cette loi étaient directement applicables, « *il ne faut en effet pas perdre de vue que l'applicabilité directe ne constitue nullement une garantie de la mise en œuvre effective d'une disposition* ».

Il est en effet à regretter que certaines mesures de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 ne soient toujours pas mises en œuvre, comme c'est le cas par exemple de la possibilité donnée à la HAS d'émettre des avis médico-économiques. Pourtant, l'annexe 9 du présent projet de loi indique que par une lettre du 7 avril 2008 au président du collège de la HAS, le gouvernement a souhaité que la Haute autorité émette de tels avis sur le traitement de l'hypertension artérielle, de l'ulcère et de l'hypercholestérolémie, ainsi que des recommandations sur les antihypertenseurs, les statines et les inhibiteurs de la pompe à protons.

De même, les expérimentations rendues possibles par l'article 44 précité de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 n'ont pas encore été mises en œuvre, et pour l'heure, les caisses d'assurance maladie n'ont pas encore proposé aux médecins les contrats individualisés prévus par l'article 43 de cette loi.

2. Le projet de loi aménage les conditions de mise en œuvre de certaines mesures de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

a) Les conditions d'expérimentation, d'évaluation et de généralisation de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins sont précisées

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a prévu la possibilité pour les missions régionales de santé (MRS), constituées entre les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé « *complétant le paiement à l'acte ou s'y*

(1) Rapport d'information n° 965 sur la mise en application de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, présenté par MM. Yves Bur, Jean-Pierre Door, Denis Jacquat et Hervé Féron, juin 2008.

substituant », ainsi que de nouveaux modes d'organisation et de financement de la permanence des soins, reposant par exemple sur des maisons médicales de garde et pouvant faire intervenir, aux côtés des médecins libéraux, des centres de santé voire des établissements de santé.

L'article 31 du présent projet de loi précise les modalités de mise en œuvre et de généralisation de ces expérimentations.

S'agissant des expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé dérogeant au principe du paiement à l'acte, qui prévaut pour les professionnels libéraux, cet article prévoit que les expérimentations entreprises doivent être évaluées chaque année. Cette évaluation, transmise au Parlement, devra notamment comporter des informations sur le nombre de professionnels, centres ou maisons de santé impliqués, sur le volume des dépenses de soins concerné et sur la qualité des soins.

Afin de dépasser dans les meilleurs délais le stade de l'expérimentation, cet article prévoit aussi que quand une de ces évaluations annuelles jugera envisageable la généralisation de ces expérimentations, le gouvernement devra transmettre au Parlement un rapport comportant une étude d'impact et des propositions sur les conditions, les modalités et le calendrier de cette généralisation, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) et des syndicats représentatifs des professionnels de santé concernés.

S'agissant des expérimentations de nouveaux modes d'organisation et de financement de la permanence des soins, l'article 31 du présent projet de loi transfère leur financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) aux enveloppes de soins de ville dans des limites fixées par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui recevront aussi les rapports d'évaluation faits sur ces expérimentations.

Ces dispositions vont dans le sens d'un pilotage plus efficace de ces expérimentations, d'une meilleure information du Parlement sur leurs résultats et d'une généralisation plus rapide de ces dispositifs expérimentaux.

b) Le pilotage du projet de dossier médical personnel (DMP) sera renforcé

L'article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a institué « *un service unique d'accueil dématérialisé, dénommé « portail du dossier médical personnel* » », pour permettre aux assurés sociaux de :

- confier à l'opérateur de leur choix l'hébergement des données de santé à caractère personnel que contient leur DMP ;
- accéder à leur DMP et, le cas échéant, compléter ses informations ;

– gérer les droits d'accès des professionnels de santé.

Or, comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2008 sur la sécurité sociale, le choix d'une telle architecture, articulée autour d'un portail d'accès unique et d'une pluralité d'hébergeurs de données choisis par les assurés, appelle « *une maîtrise d'ouvrage très robuste, dont toutes les conditions n'ont pas été réunies* ». Aussi, conformément aux recommandations faites par le rapporteur dans un récent rapport d'information sur le DMP ⁽¹⁾, l'article 35 du présent projet de loi vise à renforcer cette maîtrise d'ouvrage.

À cette fin, il est proposé d'instituer une agence des systèmes d'information de santé (ASIP), regroupant les moyens et les missions aujourd'hui éclatés entre :

- le groupement d'intérêt public qui pilote le projet de DMP (GIP-DMP) ;
- le groupement d'intérêt public qui gère les cartes de professionnels de santé (GIP-CPS) au moyen desquelles les professionnels pourront accéder au DMP ;
- le service du groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH) compétent en matière d'interopérabilité des systèmes d'information entre la ville et l'hôpital.

De plus, l'article 35 propose aussi de créer un conseil supérieur des systèmes d'information de santé (CSSIS).

Rassemblant l'ensemble des acteurs de ce secteur sous la présidence du ministre chargé de la santé, le conseil supérieur sera chargé de définir une stratégie nationale de développement de ces systèmes, dont le rapport précité de la Cour des comptes déplore l'absence.

La mission pour l'informatisation du système de santé (MISS), appartenant au secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, verra ses moyens renforcés afin d'assurer le secrétariat de ce conseil.

Ces dispositions sont de nature à renforcer le pilotage des systèmes d'information de santé, à permettre l'élaboration d'une véritable stratégie nationale en la matière et, dans l'immédiat, d'accélérer la mise en œuvre du DMP.

(1) Rapport d'information n° 659 de M. Jean-Pierre Door sur le dossier médical personnel (DMP), janvier 2008.

B. APPROFONDIR LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE PAR UNE GOUVERNANCE PLUS EFFICACE DU SYSTÈME DE SANTÉ

1. Les organismes d'assurance maladie complémentaire pourront prendre part aux négociations conventionnelles

Les organismes complémentaires prennent en charge une part importante de la consommation de soins et de biens médicaux, notamment en matière de soins dentaires et de matériel optique, comme le montre le tableau ci-dessous.

Les catégories de dépenses de la consommation de soins et de biens médicaux en 2006 : parts et contributions des financeurs

	Dépenses par catégorie	Montants	Structure	Parts des financeurs			
				AMO	AMC	Ménages	Autres
	Hôpitaux du secteur public	54 151	34,59%	94,21%	2,68%	1,90%	1,20%
	Hôpitaux du secteur privé	15 707	10,03%	83,92%	9,23%	5,54%	1,32%
1	Sous-total : Soins hospitaliers	69 858	44,62%	91,90%	4,15%	2,72%	1,23%
	- Médecins	19 881	12,70%	70,64%	18,28%	9,40%	1,67%
	- Auxiliaires	9 689	6,19%	80,89%	9,18%	9,17%	0,76%
	- Dentistes	9 080	5,80%	34,75%	34,71%	28,28%	2,26%
	Laboratoires d'analyses	4 135	2,64%	74,03%	21,29%	2,86%	1,82%
2	Sous-total : Soins ambulatoires	42 785	27,33%	65,67%	20,38%	12,32%	1,63%
3	Transports de malades	3 083	1,97%	94,10%	3,23%	1,96%	0,71%
	Officines pharmaceutiques ²⁰⁰	31 942	20,40%	67,51%	18,92%	12,09%	1,48%
	Autres biens médicaux (optique, prothèses, orthèses, VHP, petits matériels et pansements)	8 898	5,68%	43,00%	30,02%	26,00%	0,98%
4	Sous-total : biens médicaux	40 840	26,08%	62,17%	21,34%	15,12%	1,37%
	CSBM (1+2+3+4)	156 565	100,00%	77,02%	13,05%	8,56%	1,36%
	En montants	156 565		120 586	20 436	13 407	2 136

Source : Cour des comptes, rapport sur la sécurité sociale, septembre 2008

Aujourd'hui, les tarifs des soins et des dispositifs médicaux sont fixés par différentes conventions, accords, contrats et avenants prévus par le code de la sécurité sociale. Pour ces négociations, les organismes d'assurance maladie sont représentés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) créée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

La même loi a aussi créé une Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) pour assurer une représentation unifiée des différentes mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance qui offrent des prestations d'assurance maladie complémentaire.

Elle a permis à l'UNCAM d'associer l'UNOCAM aux négociations conventionnelles, mais dans des conditions très restrictives qui n'ont jamais été

réunies jusqu'à présent : l'UNOCAM seule peut prendre l'initiative d'une telle association, qui est soumise à l'accord des organisations syndicales concernées.

Pourtant, les conventions fixant les tarifs des actes professionnels ont un impact direct sur les charges des organismes complémentaires, qui remboursent le « ticket modérateur » fixé de façon proportionnelle à ces tarifs.

L'article 31 du présent projet de loi propose donc de permettre à l'UNOCAM de prendre part de plein droit à la négociation et à la conclusion des conventions prévues par le code de la sécurité sociale pour organiser les rapports entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.

Le principe de cette mesure, ainsi que celui du versement par les organismes complémentaires d'une contribution d'un milliard d'euros en 2009, a fait l'objet d'un accord entre le Gouvernement et la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) puis formalisé par un protocole signé le 28 juillet dernier.

Le dispositif proposé prévoit de rendre obligatoire la signature de l'UNOCAM pour les accords, conventions ou avenants qui concernent des professions ou des prestations que l'assurance maladie obligatoire finance pour moins de la moitié : il s'agit surtout des secteurs optique et dentaire.

Cependant, deux dispositions sont proposées pour éviter tout blocage des négociations qui serait lié à l'UNOCAM.

D'abord, au sein du conseil de l'UNOCAM, la décision de signer une convention pour laquelle la signature de l'Union est obligatoire sera prise à la majorité qualifiée de 60 %. Or ce conseil est composé de représentants :

- des mutuelles, pour plus de 50 % mais moins de 60 % des sièges ;
- des sociétés d'assurance, pour 20 à 25 % des sièges ;
- des institutions de prévoyance, pour 20 à 25 % des sièges ;
- du régime local d'assurance maladie complémentaire d'Alsace et de Moselle, pour un siège.

Ainsi, l'UNOCAM pourra signer une convention en dépit de l'opposition des sociétés d'assurance ou des institutions de prévoyance, mais pas à la seule initiative de la mutualité.

Ensuite, même si l'UNOCAM refuse de conclure une convention pour laquelle sa signature est requise, cette convention pourra être transmise pour approbation aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après un délai qui sera fixé par décret.

2. L'information du Parlement et du Gouvernement sur les négociations conventionnelles sera améliorée

La Cour des comptes relève dans son rapport 2008 sur la sécurité sociale qu'alors que les engagements que signent l'UNCAM et les représentants des professionnels de santé ne sont pas nécessairement cohérents avec l'ONDAM, « *les modalités de suivi des accords conventionnels ou d'information du Parlement ou du Gouvernement ne font l'objet d'aucune obligation précise* ».

La seule obligation faite à l'UNCAM en la matière consiste à transmettre au Parlement et au ministre chargé de la sécurité sociale, avant le 15 juin de chaque année, un rapport comportant des propositions relatives à l'évolution des charges et des produits du régime général d'assurance maladie, du régime social des indépendants (RSI) et de la 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.

Pour permettre un suivi *a posteriori* des résultats de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et des accords conventionnels, l'article 32 du présent projet de loi prévoit que les propositions faites par l'UNCAM dans son rapport précité seront accompagnées de bilans détaillés de la mise en œuvre des négociations conventionnelles et des propositions qui avaient été émises par l'UNCAM l'année précédente et ont été retenues par la loi de financement de la sécurité sociale.

De telles dispositions iraient dans le sens d'une meilleure articulation entre l'Etat, qui définit les orientations stratégiques de notre système de santé et fixe chaque année des objectifs de dépenses d'assurance maladie, et l'UNCAM, qui doit mener ses négociations conventionnelles dans le respect de ces orientations.

C. AMÉLIORER LA QUALITÉ ET L'EFFICIENCE DES SOINS DE VILLE

1. La prescription d'actes paramédicaux en série sera guidée par des référentiels de la Haute autorité de santé (HAS)

D'après le rapport présentant les propositions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) relatives à l'évolution des charges et des produits des régimes obligatoires d'assurance maladie en 2009, on constate des pratiques très hétérogènes en matière de prescription d'actes paramédicaux en série. Ce rapport indique par exemple que d'un département à l'autre, le nombre de séances de masso-kinésithérapie prescrites à des fins de rééducation aux patients porteurs d'une prothèse de hanche varie du simple au triple, de 10 à 30. Il est probable que certaines séances ainsi prescrites sont inutiles, alors qu'elles représentent une charge pour l'assurance maladie. Dans le dossier de presse présentant le présent projet de loi, le ministère des comptes publics et de la fonction publique considère que « *le système de soins présente ainsi d'un potentiel d'efficience sans doute non négligeable* ».

Aussi, pour rendre plus homogènes les pratiques des prescripteurs, l'article 34 du présent projet de loi propose d'encadrer les prescriptions d'actes paramédicaux en série par des référentiels fixant notamment le nombre maximal de séances recommandé. Ces référentiels seront proposés par l'UNCAM à la Haute autorité de santé (HAS) puis, une fois validés par elle, seraient opposables aux assurés. Ainsi, l'assurance maladie ne rembourserait plus (ou plus au même taux) les séances de soins paramédicaux prescrites en sus du nombre maximal prévu par le référentiel, sauf sur l'accord préalable du service du contrôle médical. Pour l'UNCAM, la mise en œuvre d'un tel dispositif ne pourrait être que progressive et commencer par des expérimentations dans les années 2009 et 2010.

Le dossier de presse précité souligne qu'ainsi, « *la situation du patient sera au cœur du référentiel que devra suivre le prescripteur, sous le contrôle du service médical de l'assurance maladie. L'état de santé des patients pourra bien évidemment justifier que le professionnel de santé aille au-delà du nombre de séances prévu par le référentiel et adapte au cas par cas l'application des référentiels* ».

Un mécanisme comparable a été mis en place en 2007 pour le traitement des complications podologies liées au diabète. En effet, l'UNCAM a saisi la HAS d'une demande d'inscription à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) de soins préventifs des lésions des pieds chez le patient diabétique effectués par un pédicure-podologue. En juillet 2007, la HAS a émis des recommandations précises en la matière, indiquant notamment la fréquence souhaitable de ces soins selon la gravité des affections dont souffrent les diabétiques. Conformément à ces recommandations, l'UNCAM et les pédicures-podologues ont signé en décembre 2007 leur première convention nationale, qui prévoit la prise en charge d'un nombre précis de séances de soins podologiques pour chaque patient diabétique, fixé en fonction de la gravité de sa pathologie.

2. L'instauration d'une rémunération stable et attractive pour les enseignants de médecine générale contribuera à la structuration d'une filière universitaire de médecine générale

Le rapport précité de l'UNCAM sur les produits et les charges de l'assurance maladie pour 2009 montre que l'institution d'un « médecin traitant » a constitué une étape importante dans l'évolution de l'offre de soins de ville vers une organisation plus efficiente, car elle a permis la montée en puissance d'« *une logique de responsabilité du médecin généraliste par rapport à une population, et par rapport à l'ensemble du processus de soins* ». Or 99,5 % des assurés ont choisi un médecin généraliste comme médecin traitant ⁽¹⁾, dont le préambule de la convention médicale de 2005 indique qu'« *il devient le spécialiste du premier recours* ».

(1) Cf. « *Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale* », rapport de mission remis à M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, par M. Pierre-Jean Lancry, directeur de la santé à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (MSA), février 2007.

Ainsi, pour une organisation des soins de ville plus efficiente, il faut développer le rôle « pivot » des médecins généralistes qui exercent les fonctions de médecins traitants – on pourrait les qualifier de médecins généralistes « de premier recours » à l’instar de notre collègue M. Marc Bernier dans un récent rapport d’information sur l’offre de soins sur l’ensemble du territoire⁽¹⁾. Pour M. Marc Bernier, il s’agit de « *promouvoir une logique de prise en charge globale de la santé d’une population plutôt qu’une logique de distribution de soins* », comme l’explique l’encadré ci-dessous.

Le rôle du médecin généraliste de premier recours

Faire évoluer le métier de médecin généraliste d’une fonction de production d’actes pour une clientèle, à une fonction de gestion globale de la santé d’une patientèle (...) suppose d’articuler deux approches dans les missions de santé publique des médecins :

– une approche individuelle, dans le cadre du colloque singulier du patient avec son médecin, qui permet de personnaliser les actions de prévention ;

– une approche collective, épidémiologique, dans laquelle le médecin aurait la charge d’une patientèle, c’est-à-dire des patients qui l’ont choisi comme médecin traitant. Il serait ainsi responsable de la diffusion des actions de prévention parmi l’ensemble de ses patients – c’est-à-dire en veillant à un bon taux de couverture vaccinale.

En confiant aux médecins généralistes de premier recours la charge de suivre de façon globale et continue la santé d’une population, un tel système valorise leur spécificité par rapport aux autres spécialistes. (...) Ainsi, une définition des compétences du médecin généraliste de premier recours pourrait inclure notamment les missions suivantes :

– contribuer à l’offre de soins ambulatoires sur un territoire donné, en assurant la prise en charge médicale de premier recours, y compris dans les hôpitaux locaux et dans les structures d’hospitalisation à domicile ;

– orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés en fonction de son besoin de soins ;

– assurer ou organiser le dépistage et la prévention des risques évitables, le suivi et l’éducation des patients dont il est le médecin traitant et participer à des actions de prévention et dépistage ;

– veiller à l’application des protocoles concernant les soins de longue durée et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres intervenants participant à la prise en charge du patient ;

– assurer la synthèse des informations médicales transmises par les différents intervenants et la tenir à leur disposition ;

– participer à la permanence des soins du territoire de santé.

Source : « *L’égal accès de tous aux soins de premiers recours : une priorité de santé publique* », rapport d’information sur l’offre de soins sur l’ensemble du territoire déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales et présenté par M. Marc Bernier.

(1) « *L’égal accès de tous aux soins de premiers recours : une priorité de santé publique* », rapport d’information sur l’offre de soins sur l’ensemble du territoire déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales et présenté par M. Marc Bernier.

Le rapporteur ajoute que pour structurer une offre de soins de premier recours de façon efficiente, les médecins généralistes devront coopérer avec d'autres professionnels de santé, notamment les pharmaciens. Le maillage du territoire en officines pharmaceutiques permet aux Français d'avoir accès à un professionnel de santé de haut niveau, sans rendez-vous, à proximité immédiate de chez eux. Il importe que leurs compétences soient mises à profit dans l'aménagement territorial de l'offre de soins de premier recours dont les futures agences régionales de santé (ARS) seront chargées, dans le cadre des futurs schémas régionaux d'organisation des soins ambulatoires.

Faire du médecin généraliste le pivot de cette organisation est cohérent avec la reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité à part entière par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002⁽¹⁾ et organisée comme telle par le décret du 16 janvier 2004⁽²⁾. Mais pour que le médecin généraliste devienne effectivement le pivot d'un système de santé plus efficient, il faut que la médecine générale se structure comme une discipline scientifique à part entière, ce qui suppose que soit constitué un véritable corps d'enseignants-chercheurs en médecine générale.

Dans son rapport précité, M. Marc Bernier montre en effet que *« sans une filière universitaire structurée et produisant des travaux de recherche de qualité, les facultés continueront de former de très nombreux diplômés de médecine générale mais, in fine, trop peu de véritables médecins généralistes de premier recours »*.

Récemment encore, le rapporteur soulignait en séance publique⁽³⁾ que la médecine générale est *« une filière en péril »*, en partie du fait du caractère inachevé de la discipline, ce qui appelle à *« renforcer de toute urgence l'attractivité de cette discipline en offrant aux étudiants de médecine générale la meilleure formation possible, ainsi que des modèles d'identification »*.

La loi n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale, précisée par le décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008, a permis de titulariser des professeurs et des maîtres de conférences des universités de médecine générale, et a clarifié le statut des chefs de clinique des universités de médecine générale.

Toutefois, comme tous les enseignants de médecine, ces personnels sont régis par un statut qui présente la caractéristique d'articuler obligatoirement deux fonctions conjointes : une activité universitaire (l'enseignement et la recherche), et une activité de soins, exercée en ville pour la médecine générale, qui n'est pas exercée dans des services hospitaliers. Comme le rapporteur le soulignait dans le rapport fait sur la proposition de loi relative aux personnels enseignants de

(1) Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, articles 60 et 66.

(2) Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales.

(3) Assemblée nationale, troisième séance du mardi 29 janvier 2008, intervention de M. Jean-Pierre Door, rapporteur de la proposition de loi relative aux personnels enseignants de médecine générale (n° 502, n° 630).

médecine générale, dont la loi du 8 février 2008 précitée est issue, il a été choisi de reprendre, pour les enseignants de médecine générale, « *la formule qui fait la force du statut du personnel hospitalo-universitaire, car elle associe trois grandes missions qui se renforcent les unes et les autres et contribuent ainsi à la qualité globale de l'enseignement et de la recherche* ».

Cependant, le temps consacré à leurs fonctions universitaires par les enseignants de médecine générale limite d'autant le volume de leur activité de soins. Or celle-ci étant principalement rémunérée à l'acte, il peut en résulter pour eux une perte de revenus conséquente. C'est pourquoi, lors de l'examen de la proposition de loi précitée, le gouvernement avait indiqué qu'il étudierait les moyens de compenser cette perte de revenu.

À la suite de cette annonce, l'article 33 du présent projet de loi prévoit que les caisses d'assurance maladie leur proposent des rémunérations complémentaires à leurs revenus libéraux, moyennant des engagements portant sur la qualité des soins. Ce dispositif permet de parachever la constitution d'une véritable filière de médecine générale.

Ainsi, le statut d'enseignant de médecine générale pourra gagner en attractivité, ce qui est nécessaire pour que les étudiants de médecine générale bénéficient d'une formation adaptée à leur rôle de pivots d'un système de santé grâce à eux plus efficient. Le rapporteur salue l'effort qui a été consenti depuis plusieurs années pour revaloriser la médecine générale.

Un effort comparable serait nécessaire pour revaloriser la chirurgie française, dont les praticiens expriment depuis plusieurs années déjà les profondes difficultés. Un récent rapport d'information ⁽¹⁾ décrit ainsi la crise de ce secteur : « *praticiens vieillissants, jeunes générations désireuses de mieux équilibrer vie familiale et vie professionnelle, rémunération jugée insuffisante au regard des risques pris et des sacrifices consentis : les chirurgiens français doutent de l'avenir de leur profession* ».

Les raisons de cette crise ont été analysées avec précision dès 2003, par un rapport de MM. Jacques Domergue et Henri Guidicelli ⁽²⁾ : des rémunérations moins attractives que dans les spécialités médicales, une pénibilité « *incompatible avec la qualité de vie* », la « *judiciarisation* » de la profession, une « *hyper-spécialisation* » des pratiques et, à l'hôpital, des carrières peu attractives et des structures éclatées.

Depuis cette date, des travaux approfondis ont abouti à des recommandations détaillées, comme c'est le cas par exemple des récents rapports

(1) Rapport d'information n° 287, présenté par M. Alain Milon, sénateur, sur l'avenir de la chirurgie en France, 15 avril 2008.

(2) « *La chirurgie française en 2003 : les raisons de la crise et les propositions* », rapport remis par MM. Jacques Domergue et Henri Guidicelli à M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, février 2003.

de M. Guy Vallancien sur la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics ⁽¹⁾ et sur les modes de rémunération des chirurgiens ⁽²⁾, dont les recommandations ont été largement reprises par le rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par M. Gérard Larcher ⁽³⁾. Il est désormais urgent de mettre en œuvre les propositions issues de ces rapports, car la revalorisation de la chirurgie française doit constituer une véritable priorité de nos politiques de santé.

D. FACILITER L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'UNE INFECTION POST-TRANSFUSIONNELLE PAR LE VIRUS DE L'HÉPATITE C

Jusqu'au début des années 1990, les modalités d'organisation des transfusions de sang et des injections de produits dérivés du sang n'ont pas permis d'éviter des cas d'infection par les virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) et de l'hépatite C (VHC).

Si, depuis cette époque, l'hématovigilance a fait des progrès qui permettent d'éviter désormais de telles contaminations, l'infection par transfusion explique encore entre 20 % et 40 % des cas d'hépatite C découverts aujourd'hui, du fait d'un temps de latence pouvant durer plusieurs années avant que les symptômes de cette maladie apparaissent.

Or, contrairement aux personnes contaminées par le VIH lors d'une transfusion sanguine, les victimes d'une infection par le VHC dans les mêmes circonstances ne sont éligibles à aucune procédure d'indemnisation à l'amiable.

En effet, les victimes d'une infection post-transfusionnelle par le VIH sont indemnisées par le fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles (FITH) institué par l'article 47 de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social (codifié à l'article L. 3122-2 du code de la santé publique). La procédure d'indemnisation amiable ainsi mise en place évite aux victimes les délais et les frais d'une procédure contentieuse. Depuis la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) a remplacé le FITH dans cette mission.

S'agissant en revanche des patients infectés par le VHC lors d'une transfusion sanguine ou d'une injection de produits dérivés de sang, aucun régime d'indemnisation comparable n'a été institué : ils ne peuvent recevoir une

(1) « L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France », rapport remis par M. Guy Vallancien à M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, avril 2006.

(2) « Quels modes de rémunération pour les chirurgiens ? Situation actuelle et perspectives », rapport remis par M. Guy Vallancien à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports et de la vie associative, mars 2008.

(3) Rapport final de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, juin 2008.

réparation de leur préjudice qu'à l'issue d'une procédure contentieuse, consistant à rechercher la responsabilité sans faute de l'Établissement français du sang (EFS).

En application de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme (codifié à l'article L. 1222-1 du code de la santé publique), l'ensemble des établissements de transfusion sanguine, publics ou privés, ont en effet été transférés à l'EFS, y compris leurs droits et obligations, créances et dettes liés à leurs activités de transfusion sanguine.

Dès les années 1990, les tribunaux ont reconnu la responsabilité sans faute des établissements de transfusion sanguine pour les dommages résultant d'une infection par le VHC lors d'une transfusion sanguine. D'ailleurs, pour faciliter la preuve que la victime devait établir du lien entre sa contamination et la transfusion sanguine, l'article 102 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a prévu que lorsque celle-ci apporte des « *éléments qui permettent de présumer* » que cette contamination a pour origine une transfusion de produits sanguins labiles ou une injection de médicaments dérivés du sang, sans qu'elle ait à en établir la preuve, il incombe à l'EFS de prouver que cette transfusion ou cette injection n'est pas à l'origine de la contamination, le doute profitant au demandeur.

Mais malgré cet aménagement des règles de preuve favorable aux victimes, l'indemnisation d'une contamination transfusionnelle par le virus de l'hépatite C n'est toujours pas de plein droit, et expose les malades aux délais et aux frais liés à une procédure judiciaire.

L'article 47 du présent projet de loi propose donc d'instaurer une procédure d'indemnisation à l'amiable par l'ONIAM des victimes d'une contamination par le VHC résultat d'une transfusion sanguine ou d'injection de produits dérivés du sang. Cette procédure s'inspire largement de celle applicable en cas de contamination par le VIH dans les mêmes circonstances.

III.- L'HÔPITAL ET LES CLINIQUES PRIVÉES

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 certains fruits.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 s'inscrit dans le prolongement des réformes déjà entreprises tout en renforçant la maîtrise médicalisée et les efforts d'efficience à l'hôpital. Il vise à mieux réguler les dépenses de l'hôpital et à optimiser l'organisation générale du système en accompagnant les établissements de santé dans leurs efforts de modernisation

Ces dispositions trouveront par ailleurs très prochainement un prolongement naturel avec le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, qui dotera le secteur hospitalier des réformes structurelles dont il a besoin et qui s'inspire largement de la vaste réflexion qui a eu lieu tout au long de l'année 2008 sur les missions de l'hôpital.

A. LES DÉPENSES HOSPITALIÈRES

Le poids des dépenses hospitalières en France demeure relativement élevé.

Ainsi, selon l'annexe 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, la France consacre sur le champ de la dépense individuelle de santé ⁽¹⁾ 48 % des dépenses de santé en 2005 en dépenses hospitalières, alors que l'Allemagne présente un taux nettement plus faible (41 %) bien qu'elle enveloppe un champ de dépenses plus large puisqu'elle inclut dans ses dépenses les consultations externes. Il convient toutefois de rester prudent en ce qui concerne les comparaisons de dépenses hospitalières entre différents pays, car malgré l'adoption d'une nomenclature commune, les spécificités de financement de chaque pays ne sont pas toujours prises en comptes dans les statistiques de l'OCDE.

Le personnel hospitalier constitue la composante principale des dépenses hospitalières et représente ainsi près de trois quarts des charges de fonctionnement de l'hôpital public en France. À champ comparable, le nombre de personnel hospitalier par habitant a augmenté en France entre 2000 et 2006 alors qu'il a diminué en Allemagne. La mise en place de la réduction du temps de travail

(1) Les dépenses de santé ont été approchées à partir de l'agrégat des "dépenses de soins individuels" de la nomenclature élaborée par l'OCDE. Cet agrégat, qui exclut les dépenses de prévention ainsi que celles de l'administration de la santé et l'assurance maladie, regroupe les dépenses des soins hospitaliers, des soins ambulatoires, des consommations de produits de santé. Cette définition est proche de celle de l'agrégat "consommation de soins et biens médicaux" retenu par les comptes de la santé élaborés par la DREES. La différence entre les deux réside dans la prise en compte dans la nomenclature de l'OCDE des soins de longue durée, alors que ceux-ci ne figurent dans les comptes de la santé que dans un agrégat plus large, les dépenses courantes de santé qui intègrent également les dépenses du champ médico-social.

(RTT) en France en 2002 explique la progression particulièrement dynamique des effectifs. La France emploie en effet 17 ETP⁽¹⁾ de personnel hospitalier contre 11 ETP en Allemagne pour 1 000 habitants. Le lien entre les capacités d'accueil et le nombre de personnel hospitalier n'est pas direct mais suggère plutôt que des modes alternatifs à la prise en charge en hospitalisation complète peuvent être développés, créant des capacités plus étendues avec un effectif de personnel comparable.

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.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 avait fixé l'ONDAM hospitalier à 65,7 milliards d'euros, soit 47,4 milliards d'euros pour le sous-objectif des dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité et 18,2 milliards pour le sous-objectif des « autres dépenses » de ces établissements. Elle avait fixé le taux de progression de l'ONDAM hospitalier à 3,5 %, comme en 2006, compte tenu d'une évolution tendancielle des dépenses hospitalières estimée à +4,2 % et d'un montant de 460 millions d'euros d'économies à réaliser par les établissements de santé.

S'appuyant sur le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2008 estimant que les dépenses de l'assurance maladie au profit des établissements s'établiraient à 65,5 milliards d'euros, soit une progression de

(1) *Equivalent temps plein*

3,3 %, la Cour des comptes, dans son rapport de septembre 2008 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS), souligne ainsi que *« l'ONDAM hospitalier resterait ainsi inférieur de 170 millions d'euros à l'objectif assigné pour 2007 »*.

La Cour des comptes tempère cependant son constat du respect de l'ONDAM hospitalier par deux considérations.

En premier lieu, la Cour souligne que l'estimation à + 4,2 % de l'évolution tendancielle des dépenses hospitalières a été surestimé et que *« cette surestimation de la tendance a facilité le respect de l'objectif »*.

En second lieu, elle appelle l'attention sur le fait que *« ce résultat provisoire doit être toutefois apprécié avec précaution en raison de la réforme du mode de calcul des versements de l'assurance maladie aux hôpitaux au titre de la T2A d'une part, de la dégradation des comptes des établissements de santé d'autre part. En effet, l'année 2007 a été marquée par des retards de transmission de données d'activité de la part des hôpitaux »*.

Le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2008 confirme ces données faisant état d'une sous-consommation des objectifs hospitaliers qu'elle chiffre à 160 millions d'euros en indiquant que *« cette sous-exécution s'explique essentiellement par une réalisation 2006 inférieure à la prévision qui prévalait au moment de l'élaboration des objectifs relatifs aux établissements de santé »*.

En 2008, les dépenses d'assurance maladie consacrées au secteur hospitalier devraient représenter 67,5 milliards d'euros, soit 44,2 % de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

2. Le contexte financier des établissements de santé publics et privés se dégrade

a) La situation financière des cliniques à but lucratif se traduit par un ralentissement de la croissance

Compte tenu des systèmes d'information existants et de la date de clôture des comptes, traditionnellement effectuée en mars, les résultats consolidés de la situation économique des cliniques en 2007 ne sont pas encore disponibles.

Seules quelques premières tendances existent, mais l'évolution de la situation financière peut être estimée par l'analyse des données des années précédentes, ainsi que par la prise en compte des décisions récentes des pouvoirs publics et des acteurs économiques.

• *Les résultats 2006*

Contrairement aux deux années précédentes (2004 et 2005), le chiffre d'affaires des cliniques privées connaît un ralentissement de sa croissance entre 2005 et 2006⁽¹⁾, avec un taux d'évolution de 7 % contre 9,4 % en 2005.

Ce ralentissement de la croissance concerne principalement le secteur de la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) même si celle-ci reste élevée (+ 7,4 % pour le secteur MCO contre + 5 % pour le hors MCO en 2006). Cette diminution du taux de croissance s'explique principalement par la baisse des tarifs de l'ordre de - 1% au 1^{er} mars 2006 dans le secteur MCO alors que ceux-ci avaient augmenté de l'ordre de 2 % en 2005.

Au sein du secteur MCO, les évolutions du chiffre d'affaires les plus marquées sont celles des cliniques mono-disciplinaires spécialisées en médecine (+ 8,8% en 2006 contre 10,8 % en 2005), puis des polycliniques (+ 7,7 % en 2006 contre 10,4 % en 2005). Les cliniques spécialisées en dialyse voient leur chiffre d'affaires nettement moins évoluer qu'en 2005 (+ 3,3 % en 2006 contre + 13,8 % en 2005), tendance également constatée mais dans une moindre mesure pour les cliniques obstétricales (+ 3,2 % en 2006 contre 6,9 % en 2005).

Concernant le secteur hors MCO, le chiffre d'affaires évolue de façon plus modérée en 2006 (+ 5 %) qu'en 2005 (+ 5,9 %). Au sein de ce champ, le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) reste le plus dynamique en termes de croissance de chiffre d'affaires (+ 5,9 % pour le SSR contre + 2,7 % pour la psychiatrie), bien qu'il soit constaté un ralentissement au sein du SSR par rapport à l'année précédente (6,7 % en 2005).

Tous secteurs confondus, en 2006, le chiffre d'affaires des cliniques les plus grandes (chiffre d'affaires > 12 millions) est celui qui progresse le plus (+ 9,5 %). Ce sont les cliniques de taille moyenne (chiffre d'affaires entre 6 à 12 millions) qui connaissent la plus faible progression (+ 2,2 %).

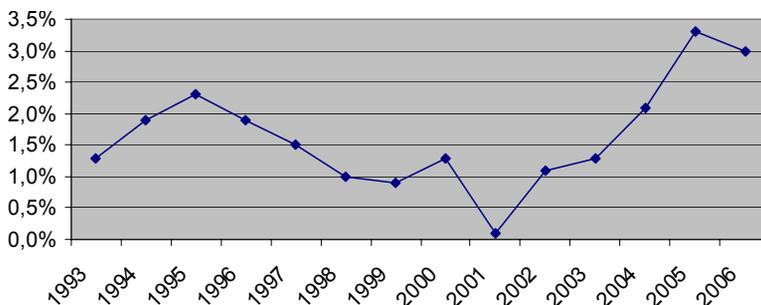
Quant à la rentabilité économique⁽²⁾ des cliniques, elle se situe à 3 % en moyenne en 2006.

Alors qu'elle avait progressé très nettement depuis 2004, la rentabilité économique diminue de 0,3 point par rapport à 2005. Un dixième des cliniques connaît un taux de rentabilité économique supérieur à 10,5 % (pourcentage en stabilité par rapport à 2005). En revanche, 22 % des cliniques sont en déficit contre 17% en 2005, et 10 % de l'ensemble des cliniques affichent une rentabilité économique inférieure à - 3,7 %.

(1) Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Publication d'août 2008 – Études et résultats n° 650.

(2) Résultat net / chiffre d'affaires.

Évolution de la rentabilité économique des établissements privés entre 1993 et 2006



Source : Ministère de la santé

La rentabilité économique du secteur MCO diminue de 0,2 point (2,8 % en 2006 contre 3 % en 2005). Au sein de ce secteur, les cliniques qui affichent les niveaux de rentabilité économique les plus élevés sont celles spécialisées en dialyse (8,8 %), en médecine (4,2 %) et en obstétrique (3,5 %).

En termes d'évolution, la hausse la plus importante des bénéfices rapportés au chiffre d'affaires est de 2,4 point pour la dialyse et de 2,2 point pour l'obstétrique.

Les cliniques monodisciplinaires de médecine réalisent des bénéfices moindres qu'en 2005 (- 1,3 point).

Quant aux cliniques spécialisées en chirurgie, elles ont une rentabilité économique deux fois plus faible qu'en 2005 (1,4 % en 2006 contre 2,8 % en 2005).

Les cliniques hors MCO voient également leur taux de rentabilité diminuer, quelle que soit l'activité, pour s'établir à 4,3 % au total (contre 4,9 % en 2005).

Enfin, si le taux de rentabilité des grandes cliniques stagne entre 2005 et 2006, celui des moyennes et petites cliniques diminue par rapport à 2005 (respectivement de - 0,8 point et - 0,7 point).

La rentabilité financière⁽¹⁾ des cliniques diminue également, pour se situer, en moyenne, à 13,5 % en 2006 (soit une baisse de 2,1 points par rapport à 2005).

Le secteur MCO a un taux de rentabilité financière de 12,8 %, inférieur à celui du secteur hors MCO (16,8 %). Néanmoins, en 2006, l'écart est beaucoup

(1) Résultat net / Capitaux propres.

plus faible qu'en 2004 (taux de rentabilité financière de 8,1 % en MCO contre 21,6 % dans le secteur hors MCO).

• *Les perspectives 2007 et 2008*

Selon les professionnels du secteur, les premiers résultats disponibles quant à l'évolution du chiffre d'affaires en 2007 mettraient en avant un net ralentissement de la croissance par rapport aux années précédentes au sein du secteur MCO (3 % en 2007 contre 7,4 % en 2006).

La même tendance serait, de fait, observée sur le taux de rentabilité économique qui se situerait autour de 2,2 % (données à confirmer au vu des résultats consolidés pour 2007).

Cette dégradation de la situation économique des cliniques s'expliquerait par l'évolution limitée des tarifs en 2007 (+1 % en moyenne pour les activités MCO et +1,10 % pour celles de SSR et de psychiatrie), mais également par une croissance de l'activité nettement moins soutenue que les années précédentes, années impactées par la mise en place de la tarification à l'activité dans ce secteur (soit 2005).

Les effets liés à cette réforme se sont atténués dès 2006 mais surtout en 2007, entraînant une diminution du rythme de croissance de l'activité du secteur MCO.

En conséquence, les perspectives 2008 en termes d'évolution du volume d'activité pourraient être sensiblement équivalentes à celles observées en 2007. Le taux d'évolution des tarifs ayant été fixé à 0,5 % pour le secteur MCO et 1,2 % pour le SSR et la psychiatrie, le niveau de rentabilité économique des cliniques pourrait au mieux stagner, voire diminuer en 2008.

b) Les hôpitaux publics continuent de faire face à une situation critique

L'analyse de la situation financière des hôpitaux en 2008 met en évidence une dégradation financière de 2005 à 2007.

Le résultat financier des établissements de santé publics et participant au service public hospitalier s'est dégradé depuis 2005

En effet, l'estimation du résultat au niveau national sur le compte de résultat principal s'élève à - 745 millions d'euros, soit - 1,2 % des recettes totales des établissements publics de santé ; 45% des établissements réalisent un déficit d'un montant total de 960 millions d'euros et 55 % des établissements sont à l'origine d'un excédent à hauteur de 215 millions d'euros.

Résultats par catégories d'établissements (en millions d'euros)

Catégories	Résultats 2006	Résultats 2007	Évolution	% résultat /produits en 2006	% résultat /produits en 2006
AP-HP	107	- 43	- 149	1,8 %	- 0,7 %
CHR	- 193	- 353	- 160	- 1,3 %	- 2,3 %
CH	- 336	- 339	- 3	- 1,4 %	- 1,4 %
CHS	10	11	0	0,3 %	0,3 %
CLCC	- 8	- 11	- 3	- 0,6 %	- 0,9 %
Hôpitaux locaux	15	15	- 1	1,4 %	1,3 %
EBNL	- 3	- 24	- 21	0,0 %	- 0,4 %
Privés hors PSPH	1	0	- 1	0,5 %	0,0 %
Total catégorie	- 406	- 745	- 339	- 0,7 %	- 1,2 %

Source : ministère de la santé

Le déficit total sur le compte de résultat principal (soit 960 millions d'euros) est concentré à hauteur de 50% sur seulement 25 établissements de santé dont 14 CHU.

Le déficit est principalement concentré (à 95 %) sur les établissements pratiquant au moins une activité MCO.

Les établissements financés par dotation globale (établissements ayant une activité de psychiatrie, soins de suite et réadaptation, hôpitaux locaux...) enregistrent un résultat positif de plus de 60 millions d'euros.

Le déficit national tous comptes de résultat confondus s'élève à 573 millions d'euros, soit 0,8 % des recettes totales des établissements de santé. Les comptes de résultats annexes contribuent ainsi à la diminution du déficit global, en partie grâce aux cessions d'immobilisations, leurs résultats étant excédentaires à hauteur de 190 millions d'euros.

Globalement, la situation financière des établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier s'est ainsi dégradée entre 2005 et 2008 :

– en 2005, la situation financière était excédentaire de près de 15 millions d'euros⁽¹⁾ ;

– depuis 2005, les établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier ont enregistré des résultats déficitaires à hauteur de 406 millions d'euros en 2006 et de 745 millions d'euros en 2007, soit respectivement 0,7 % et 1,2 % des recettes générées par ces établissements.

(1) Donnée relative aux établissements publics de santé uniquement. Les comptes financiers des établissements de santé privés participant au service public hospitalier ne sont centralisés dans un système d'information national que depuis la réforme du régime budgétaire et comptable mise en œuvre en 2006.

B. LES RÉFORMES HOSPITALIÈRES SE POURSUIVENT : DU PLAN « HÔPITAL 2007 » AU PROJET DE LOI PORTANT RÉFORME DE L'HÔPITAL ET RELATIF AUX PATIENTS, À LA SANTÉ ET AUX TERRITOIRES

1. La modernisation et le soutien du secteur hospitalier ont déjà été engagés

a) La tarification à l'activité s'applique désormais à 100 % dans les deux secteurs

Introduite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », la réforme de la tarification à l'activité (T2A) a mis en place un nouveau mode de financement des établissements de santé, qui s'est substitué au financement de la dotation globale de financement (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.

Cette nouvelle tarification présente d'indéniables atouts :

– L'allocation des ressources est plus équitable car les budgets évoluent en fonction du volume et du contenu de l'activité médicale réalisée par les établissements et non plus selon des bases uniquement historiques. Assis sur des tarifs par groupe homogène de séjours (GHS) fixés au plan national, les financements sont davantage médicalisés et plus justes.

– L'allocation des ressources est plus dynamique. Le montant des ressources allouées aux établissements et l'activité produite évoluant de manière parallèle et simultanée, il est plus aisé d'accompagner le développement de l'offre de soins et de financer les projets qui ont fait la preuve de leur pertinence au regard du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

– Les missions d'intérêt général et certaines spécialités médicales sont financées spécifiquement. Certaines des missions réalisées dans les établissements de santé n'ont pas vocation à être rémunérées à l'activité ou ne peuvent pas être décrites, uniquement, par des groupes homogènes de séjours. La réforme prévoit, par conséquent, des modalités spécifiques de financement destinées à l'enseignement, la recherche, l'innovation, l'accueil des urgences, les prélèvements d'organes et les dépenses supplémentaires engagées pour des prises en charge particulières (réanimation par exemple).

– Les acteurs hospitaliers sont davantage responsabilisés. En effet, la tarification à l'activité offre un avantage budgétaire aux établissements efficaces, c'est-à-dire ceux qui proposent des prises en charge de qualité mais à un coût inférieur aux tarifs nationaux. La recherche d'une meilleure organisation et d'une utilisation des ressources plus rationnelle est encouragée. Pour tirer tous les bénéfices de cette réforme, les gestionnaires hospitaliers doivent perfectionner

leurs outils de pilotage (comptabilité analytique, information médicale) afin d'évaluer au mieux leur performance.

L'année 2008 s'est révélée être une année charnière pour le financement des établissements de santé. En effet, l'article 62 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 a posé le principe du passage à 100 % de la part tarifée à l'activité dans le secteur public au 1^{er} janvier 2008.

Appliqué depuis le 1^{er} mars 2005 dans le secteur des cliniques privées antérieurement sous objectif quantifié national (OQN), le « 100 % T2A » concerne également depuis le 1^{er} janvier 2008 les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) dans les établissements antérieurement sous dotation globale (dits ex-DG), c'est-à-dire les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier.

Il convient de rappeler que le dispositif de montée en charge de la T2A dans ce secteur reposait jusqu'à cette date sur la valorisation d'une fraction croissante des tarifs (10 % en 2004, 25 % en 2005, 35 % en 2006 et 50 % en 2007) et le maintien, au prorata, d'une dotation annuelle complémentaire (DAC) faisant l'effet d'une sorte d'amortisseur, mais présentant l'inconvénient majeur de freiner le développement des établissements particulièrement dynamiques.

Depuis le 1^{er} janvier 2008, le mécanisme de montée en charge de la T2A dans le secteur ex-DG est aligné sur celui du secteur privé. Les activités de MCO sont valorisées à 100 % des tarifs et la DAC est supprimée.

Cependant, afin de tenir compte des effets sur les revenus qu'implique cette modification pour les établissements de santé, un mécanisme de transition est mis en place. En effet, avec des tarifs à 100 %, certains établissements reçoivent des ressources de l'assurance maladie plus élevées, tandis que c'est l'inverse pour d'autres établissements. C'est la raison pour laquelle chaque établissement se voit attribuer un coefficient de transition qui vient augmenter ou diminuer les tarifs. Ce coefficient a été calculé de façon à permettre de garantir des ressources équivalentes à ce que l'établissement recevait en 2007. D'ici 2012, fin de la période de convergence intrasectorielle, chaque coefficient va se rapprocher progressivement de 1, de sorte qu'à cette date, tous les établissements du secteur public recevront, pour une activité identique, une ressource équivalente.

Pendant la période de transition jusqu'en 2012, une redistribution de moyens financiers va ainsi avoir lieu au sein de chaque secteur. Pour le secteur privé, la réforme implique, toutes choses égales par ailleurs, une redistribution de 140 millions d'euros sur la période. Pour le secteur public, cette réallocation des moyens concernera 1,3 milliard d'euros sur la période 2005-2012, dont 540 millions d'euros de 2008 à 2012.

Le choix d'un financement de 100 % de l'activité par les tarifs (hors MIGAC) a ainsi été fait pour les établissements de santé du secteur public. Ce

choix simplifie et harmonise 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.

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 % permet aux établissements les plus dynamiques de poursuivre la recherche de gains d'efficacité en bénéficiant de ressources nouvelles. Elle favorise ainsi le développement de nouvelles activités et induit une plus grande réactivité de l'hôpital public. Avec la tarification à l'activité à 100 %, l'hôpital public obtient les moyens de s'adapter plus rapidement à l'évolution de son activité face au développement du secteur privé lucratif qui disposait déjà de cette possibilité d'être plus réactif.

La tarification à l'activité à 100 % constitue 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 a ainsi été 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.

L'extension de la T2A au champ de la psychiatrie est en cours d'étude. En effet, un financement cohérent entre les différents champs sanitaires apparaît un gage de lisibilité en terme de programmation et de régulation budgétaire. De plus, les professionnels de la psychiatrie attachent de l'importance à ne pas rester en dehors de la réforme du financement.

Par ailleurs, conformément à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 qui avait prévu une entrée en vigueur de la T2A au plus tard le 1^{er} juillet 2009, et un peu en avance sur ce calendrier, le service de santé des armées (SSA), actuellement financé par dotation globale, va passer à la T2A à compter du 1^{er} janvier 2009 pour ses activités MCO.

b) Le régime budgétaire et comptable des établissements a été réformé

Depuis 2006, le régime budgétaire et comptable des établissements a été profondément modifié par le passage d'un budget limitatif à un état prévisionnel des recettes et des dépenses et une évolution profonde de la tutelle budgétaire des ARH.

Cette mise en place de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD), qui s'est substitué à l'ancien budget des hôpitaux, doit 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.

c) Le plan « Hôpital 2007 » a réformé l'organisation interne de l'hôpital et relancé l'investissement hospitalier

Le plan « Hôpital 2007 » a engagé une démarche globale de changement pour moderniser la gestion hospitalière, renforcer le potentiel d'innovation des hôpitaux universitaires et donner plus de facilités aux professionnels pour la réalisation de leurs projets. Pour atteindre ces objectifs, plusieurs axes d'action ont été définis, dont la réforme de la gouvernance et la relance de l'investissement.

- *L'organisation interne de l'hôpital a été profondément réformée.*

La « nouvelle gouvernance », 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 réforme de la gouvernance conduite dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » ambitionnait de :

– corriger le cloisonnement dans le pilotage des établissements entre responsables administratifs et médicaux, avec la mise en place du conseil exécutif ;

– recentrer les missions du conseil d'administration sur des questions stratégiques et un rôle d'évaluation et de contrôle ;

– créer des entités internes de masse critique (les pôles) pilotées par des responsables médicaux en lien avec l'administration hospitalière ;

– déconcentrer la gestion plus près des structures de prise en charge des patients à travers la contractualisation interne et les délégations de gestion.

À cet effet, la répartition interne des pouvoirs au sein des hôpitaux a été clarifiée. Le conseil d'administration a été recentré sur ses missions de définition des orientations stratégiques, d'évaluation et de contrôle de leur mise en œuvre. Le directeur a été confirmé dans ses responsabilités de gestionnaire de l'établissement et les praticiens ont été 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.

L'enquête conduite en avril 2008 par la DHOS auprès de 620 établissements publics de santé a montré des progrès sensibles dans la mise en œuvre de cette réforme : conseil exécutif fonctionnant dans 97 % des établissements enquêtés, découpage en pôles effectué intégralement dans 81 % des cas, développement des délégations de gestion et d'outils de gestion, particulièrement dans les grands établissements : la comptabilité analytique est déclinée par pôles dans 100 % des CHU.

Pour autant, la montée en charge des outils de gestion n'est pas achevée, en particulier dans les établissements de taille moyenne et les petits établissements, qui ont peiné à mettre en place une réforme dont certains aspects, comme l'organisation des élections aux conseils de pôles, étaient particulièrement lourds et complexes.

La réforme de la gouvernance introduite par l'ordonnance du 2 mai 2005 n'a ainsi constitué qu'une étape dans l'amélioration de l'efficacité des établissements de santé. Loin de remettre en cause ces orientations, la réforme qui sera conduite par Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, dans le cadre du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, vise à poursuivre la dynamique enclenchée, à clarifier et simplifier le pilotage des établissements en transformant le conseil exécutif en directoire et le conseil d'administration en conseil de surveillance, à conférer à la fois plus de pouvoirs et de responsabilités aux directeurs, à doter les chefs de pôles de vraies responsabilités de gestion, et à donner une plus grande visibilité et une plus grande marge de manœuvre aux agences régionales de santé dans le pilotage des établissements, notamment à travers les communautés hospitalières de territoires.

- *L'investissement hospitalier a été relancé*

Le plan volet investissement du plan « Hôpital 2007 », lancé en 2003, visait un objectif d'augmentation du niveau d'investissement hospitalier de plus de 30 % sur cinq ans (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 ciblait 10 milliards d'euros d'investissements à réaliser par les établissements publics et privés avec un soutien financier portant sur 6 milliards d'euros d'investissements, 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.

L'accompagnement financier ainsi apporté par le plan « Hôpital 2007 » avait pour but de concerner des investissements venant s'ajouter à ceux réalisés par les établissements de santé de chaque région en dehors du plan et pour lesquels le niveau de réalisation doit être au moins égal à celui constaté avant l'intervention du plan.

Les opérations entrant dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » répondent à des objectifs qualitatifs qui sont, d'une part de contribuer à la restructuration de l'offre de soins (complémentarités entre établissements de santé, mutualisation de ressources), et d'autre part de faciliter la mise en œuvre de programmes nationaux de santé publique notamment la lutte contre le cancer, le plan urgences et le plan périnatalité.

Le pilotage opérationnel de ce plan a été assuré par la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) qui dispose à cet effet de chargés de mission auprès des ARH. Ceux-ci suivent, en lien avec les établissements de santé de la région, les modalités de réalisation des opérations inscrites dans le plan « Hôpital 2007 ».

La nécessité d'un outil de suivi des opérations, tant au niveau de leur conformité au calendrier qu'au niveau de l'accompagnement financier, a donné lieu à la mise en place d'un système d'information (SIDONIH) permettant de disposer des données en temps réel.

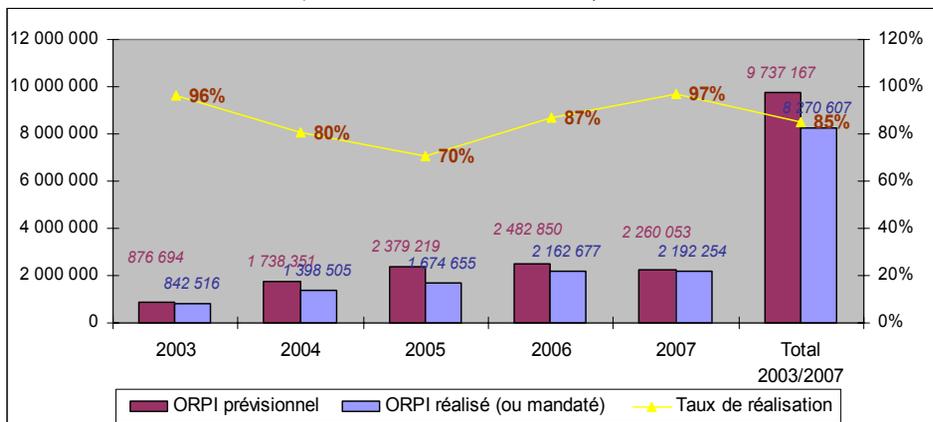
La base ainsi constituée et actualisée par les chargés de missions de chaque région fournit, pour chaque opération inscrite dans le plan, des informations relatives aux coûts prévisionnels et constatés, aux aides financières octroyées, au calendrier prévisionnel de réalisation de l'opération et aux écarts entre la prévision et la réalisation.

Une évaluation partagée et réalisée lors d'une rencontre annuelle DHOS-MAINH-ARH a permis de faire le point sur l'avancement des projets.

Le bilan des investissements réalisés en 2007 dans le cadre des objectifs régionaux du plan « Hôpital 2007 » s'établit à 2,2 milliards d'euros.

Sur l'ensemble de la période 2003-2007, le plan a généré 8,270 milliards d'euros de dépenses d'investissements (dépenses réellement mandatées par les établissements), soit 85 % de l'objectif d'investissement retenu dans les plans cibles régionaux.

**Taux de réalisation des objectifs régionaux du plan « Hôpital 2007 » de 2003 à 2007
(unités : milliers d'euros et %)**

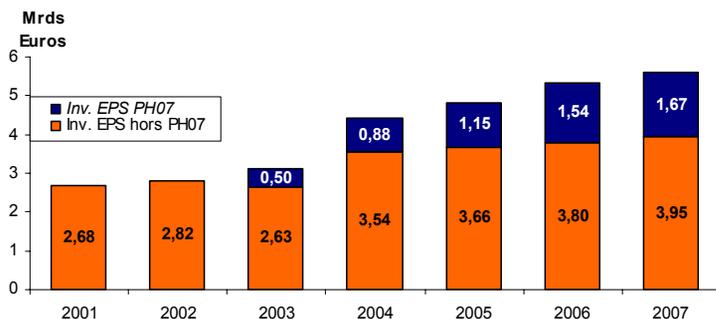


Source : Ministère de la santé

Il est envisagé que la réalisation soit totale, à la fin de l'année 2009.

L'effet levier du plan peut être apprécié à partir du croisement des données de la direction générale des finances publiques (DGFIP) du ministère du Budget, des comptes publics et de la fonction publique et de l'outil de suivi des investissements spécifiques Hôpital 2007. Il est mesuré sur le champ des établissements publics de santé.

**Investissement des établissements publics de santé de 2001 à 2007
(unité : milliards d'euros)**



Source : DGCP et Sidonih 2008

L'objectif du plan « Hôpital 2007 » était de créer un effet levier de 30 %. Les données ci-dessus montrent que la dynamique enclenchée par le plan a généré un accroissement de l'ordre de 40 % des investissements hors plan, entre 2002 et 2007.

d) Le plan « Hôpital 2012 » améliore l'efficacité de l'offre hospitalière et poursuit la modernisation technique des établissements de santé

Le gouvernement poursuit son soutien aux projets d'investissement pour moderniser les établissements de santé dans le cadre du plan « Hôpital 2012 ». En effet, 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.

Les circulaires DHOS/F2/248 du 15 juin 2007 et DHOS/F2/2007/438 du 12 décembre 2007 ont défini les modalités de mise en œuvre et de validation du « plan Hôpital » 2012. Celui-ci s'inscrit dans la continuité du volet investissement du plan « Hôpital 2007 » et permettra de maintenir durant la période 2008-2012 un niveau d'investissement nécessaire à la réalisation des schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération (SROS III), aux recompositions hospitalières, aux développements des systèmes d'informations et à certaines mises aux normes de sécurité.

Si l'objectif principal du plan « Hôpital 2007 » était la modernisation immobilière, celui du programme d'investissement « Hôpital 2012 » est principalement centré sur l'amélioration de l'efficacité hospitalière.

Ce plan s'articule autour de cinq orientations principales :

– Il s'agit en premier lieu d'un plan pour le maintien d'un haut niveau d'investissement. L'effort d'investissement visé par le plan est de 10 milliards d'euros sur cinq ans. Ce montant plafond s'entend comme un effort supplémentaire s'ajoutant aux investissements courants. Il permettra de maintenir, sur la période 2008-2012, un niveau comparable à celui du plan précédent.

– Ce plan est également un plan d'appui à la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération (SROS III). En conséquence, l'accompagnement des opérations de recomposition hospitalières, de regroupements de plateaux techniques, de partenariats inter-établissements, de développement de l'égalité d'accès aux soins, de finalisation de la modernisation des sites d'accueil des urgences et des SAMU constitue une priorité.

– Il recouvre aussi d'un plan de soutien pour des opérations répondant à des critères d'efficacité. Les circulaires susmentionnées prévoient que les opérations immobilières doivent satisfaire aux critères d'efficacité dans les domaines sociaux, de sécurité, de qualité environnementale et d'organisation des soins. De même, sur le plan financier, tout projet devra intégrer la recherche de l'efficacité par la mobilisation de ressources propres et par une programmation budgétaire réaliste et cohérente avec les enjeux d'équilibre financier d'exploitation.

– Le développement des systèmes d’information hospitaliers est également recherché. L’accélération de la mise en œuvre des systèmes d’information, orientés sur l’informatisation des processus de soins, constitue un axe fort du plan. À ce stade, 15 % des enveloppes régionales doivent lui être réservés. Elle vise à corriger le niveau trop modéré des investissements informatiques hospitaliers.

– Enfin, le plan « Hôpital 2012 » est un plan assurant les mises aux normes de sécurité à caractère exceptionnel. Cela vise en particulier les travaux qui, par leur ampleur, dépassent la capacité normale de financement des établissements de santé, comme les mises aux normes antisismiques et les opérations majeures de désamiantage.

S’agissant des modalités de financement du plan « Hôpital 2012 », l’objectif de 10 milliards d’euros d’investissements fixé fait l’objet d’un soutien spécifique de l’assurance maladie à hauteur de 5 milliards d’euros d’investissements.

Celui-ci prend la forme d’une part, d’une subvention d’investissement assurée par la voie du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), à hauteur de 1,2 milliard d’euros et d’autre part, d’une subvention de fonctionnement couvrant le coût du recours à l’emprunt, à hauteur de 3,8 milliards d’euros. Ce dispositif est complété, à hauteur de 2 milliards d’euros, par des prêts à taux préférentiels de la Caisse des Dépôts et Consignations.

Les circulaires rappellent que *« le volume global d’investissement supplémentaire susceptible de bénéficier du plan est de 10Mds€. Ce montant est un plafond. »*.

e) La maîtrise médicalisée des dépenses a été introduite à l’hôpital

La maîtrise médicalisée dans les établissements de santé a été progressivement introduite à l’hôpital via différents dispositifs prévus notamment par la loi relative à l’assurance maladie du 13 août 2004.

• Les accords de bonnes pratiques hospitalières

La loi du 13 août 2004 relative à l’assurance maladie et son décret d’application du 23 décembre 2004 ont prévu la possibilité d’accords-cadres nationaux conclus entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, l’Union nationale des caisses d’assurance maladie (UNCAM) et les fédérations représentatives des établissements de santé, en vue d’améliorer les pratiques hospitalières et de contribuer à la maîtrise des dépenses d’assurance maladie. Ces accords fixent des objectifs de bon usage et notamment des objectifs relatifs aux prescriptions hospitalières. Ils peuvent comporter des objectifs quantifiés d’évolution des dépenses d’assurance maladie. Si les actions conduites amènent une diminution des dépenses de l’assurance maladie, les établissements concernés peuvent bénéficier d’un intéressement allant jusqu’à 50 % des dépenses évitées.

Ces accords-cadres nationaux sont ensuite déclinés au niveau local par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Il s'agit alors d'accords locaux conclus entre le directeur de l'ARH et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie. Les ARH ont également la possibilité de fixer des objectifs propres à la région et de conclure ainsi des accords d'initiative locale.

S'agissant des accords-cadres nationaux, un premier accord cadre concernant le bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé a été signé le 26 janvier 2006. L'objectif principal de cet accord est d'améliorer la prescription des antibiotiques dans les établissements de santé et de préserver leur efficacité. L'objectif cible national est la diminution de 10 % en trois ans de la consommation des antibiotiques dans les établissements de santé. La mesure des dépenses évitées à l'assurance maladie porte sur les antibiotiques prescrits en établissements et délivrés en officine de ville. Une mesure d'intéressement des établissements de santé aux économies réalisées est prévue et se traduira par le reversement aux établissements de 50 % des dépenses évitées. Les établissements concernés par cet accord sont ceux qui ont une prescription importante d'antibiotiques dans le cadre d'hospitalisations et/ou de consultations externes, le plus souvent en liaison avec une activité de médecine-chirurgie-obstétrique mais parfois aussi en liaison avec une activité de soins de suite et de réadaptation. Au 31 décembre 2007, 488 établissements ont conclu un accord local, soit un taux de 67 %.

S'agissant des accords d'initiative locale, la circulaire du 4 juillet 2006 a notamment encouragé les missions régionales de santé (MRS) à promouvoir la signature d'accords d'initiative locale sur tout sujet susceptible de dégager des gains en termes de santé publique et d'économies, et notamment sur les transports sanitaires. En effet, l'amélioration des prescriptions de transports, en ville comme à l'hôpital, constitue un enjeu de maîtrise médicalisée majeur puisque, au niveau national, les dépenses de transports sont en forte augmentation depuis trois ans. Au 31 décembre 2007, 284 accords d'initiative locale relatifs au bon usage des prescriptions de transport sanitaire ont été signés, soit un taux de 39 %. On note une progression très nette au cours de l'année 2007 du nombre de signatures pour les accords d'initiative locale relatifs au bon usage des prescriptions de transport notamment grâce à la diffusion par la CNAMTS d'un modèle type d'accord. La proportion d'établissements concernés ayant signé des accords locaux ou des accords d'initiative locale traduit l'implication des acteurs de terrain dans ces démarches.

• *Les contrats de bon usage des médicaments et des produits et prestations*

Depuis le 1^{er} janvier 2006 et conformément au décret du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale (« liste en sus »), les établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie ainsi que les structures HAD et dialyse doivent conclure avec l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), et l'assurance

maladie pour les prochains contrats, un contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations pour une durée de trois à cinq ans.

Dans le cadre des contrats de bon usage (CBU), les établissements doivent souscrire à :

– des engagements généraux (sécurisation du circuit du médicament et des produits et prestations, développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseaux...);

– des engagements spécifiques aux médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus des prestations d'hospitalisation (conformité aux référentiels de bon usage, gestion de ces produits par les pharmacies hospitalières...).

Le remboursement intégral de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie est accordé en contrepartie du respect des engagements souscrits par l'établissement de santé. En revanche, lorsqu'un ou plusieurs engagements ne sont pas remplis, l'ARH peut fixer, pour l'année suivante, le taux de remboursement de ces produits dans une fourchette comprise entre 70 % et 100 % de la part prise en charge par l'assurance maladie.

En vue de la fixation du taux de remboursement pour l'année n+1, l'ARH évalue en fin d'année n le respect des engagements souscrits par l'établissement sur la base de son rapport d'étape annuel dont le modèle est établi au niveau régional.

Afin d'évaluer les mesures prises par les ARH en matière de fixation des taux de remboursement appliqués, le Gouvernement a mené, début 2008, une enquête d'évaluation auprès des ARH.

L'ensemble des ARH a répondu à l'enquête dont les résultats peuvent être résumés ainsi :

– les 25 ARH concernées ont signé 1 385 contrats de bon usage avec leurs établissements de santé (ES) ;

– 13 ARH ont appliqué une modulation du taux de remboursement des produits de la liste en sus ;

– 79 ES ont fait l'objet de sanctions, soit un taux de 6 % des établissements de santé (ES) signataires (45 ES MCO ex-DG, 32 ES MCO ex-OQN, 1 structure HAD, 1 structure de dialyse) ;

– les taux de remboursements issus des sanctions sont variables d'une région à l'autre et s'échelonnent de 70 % à 99,58 % ;

– l'impact financier des mesures prises par les ARH s'élève à 1,8 million d'euros par an.

- *Le suivi des consommations de médicaments et des dispositifs médicaux facturables en sus*

Depuis 2007, il est possible de disposer des codes UCD (unité commune de dispensation) des molécules prescrites dans le fichier « Fichcomp » que les établissements antérieurement financés par dotation globale transmettent sur la plate-forme e-PMSI. Ces consommations (volume par code UCD) peuvent être rattachées aux séjours des malades rendant possible des analyses qualitatives par pathologie dans un but de *benchmarking*. Ces données permettront également un meilleur ciblage des contrôles sur la pertinence des prescriptions des médicaments de la liste en sus. L'extension de cette procédure de facturation (à savoir relier les données individuelles de consommation aux données de séjour des patients) est en cours de mise en œuvre pour les dispositifs médicaux.

La norme B2 (télétransmission des informations de consommations par patient et par UCD) permettra de disposer des mêmes données, à compter de l'automne 2008 pour les autres établissements (ex-OQN).

- *Les objectifs régionaux de développement de la chirurgie ambulatoire*

La chirurgie ambulatoire est une chirurgie qualifiée et substitutive à l'hospitalisation classique permettant la délivrance de prestations sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures.

Il existe en France un potentiel important de développement de la chirurgie ambulatoire, source de satisfaction pour les patients, de qualité de prise en charge, d'optimisation de l'organisation et des ressources. Ce mode de prise en charge impose aux professionnels un niveau d'exigence élevé, lié à la brièveté du séjour hospitalier et à l'enjeu permanent de qualité et de sécurité des soins. La chirurgie ambulatoire nécessite une organisation centrée sur le patient, y compris en amont et en aval de l'hospitalisation ainsi que des équipes rigoureusement organisées. Les études publiées concernant ces procédures chirurgicales montrent que les patients peuvent être pris en charge en ambulatoire avec la même qualité, sans risque de complications supplémentaires et en mobilisant moins de ressources.

Différents outils de développement de la chirurgie ambulatoire ont été mis en place depuis 2003, notamment dans le cadre de la réforme du financement des établissements de santé, afin d'inciter au développement de l'ambulatoire, en particulier dans le secteur public, et sur la base de lettre cadre DHOS-CNAM de janvier 2005.

Ainsi, une revalorisation des tarifs de la prise en charge ambulatoire a été mise en œuvre dès 2004, concomitante à la mise en place de la T2A. Cette rémunération est devenue identique que le patient passe une nuit en hospitalisation ou pas, et établie à la moyenne de ces séjours, ce qui mécaniquement revalorise la rémunération des séjours sans nuit passée sur place.

Cette politique incitative s'est poursuivie en 2007, les lois de financement de la sécurité sociale ayant prévu un rapprochement entre les tarifs des séjours en chirurgie complète de ceux en chirurgie ambulatoire afin de favoriser l'incitation à la pratique de la chirurgie ambulatoire. En 2007, le financement à l'activité, à hauteur de 100 %, de cinq GHM (groupes homogènes de malades) a été prévu, ainsi qu'une réduction de 50 % de l'écart des tarifs en ambulatoire et en hospitalisation à temps complet pour 15 GHS (groupes homogènes de séjour) dans le secteur public.

Lors de la campagne tarifaire de 2008, le développement de la chirurgie ambulatoire a encore été encouragé par la diminution des tarifs de 15 GHM d'hospitalisation complète afin de les rapprocher des tarifs de leurs homologues d'hospitalisation de courte durée.

Enfin, les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de chirurgie au sein des établissements publics et privés de santé sont en cours de rénovation. La chirurgie ambulatoire sera l'une des modalités de fonctionnement pour tous les établissements autorisés à pratiquer l'activité de chirurgie.

• *Le plan de maîtrise médicalisée à l'hôpital de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)*

Mené en collaboration avec le ministère de la santé, la CNAMTS a lancé en mars 2007 un plan de maîtrise médicalisée à l'hôpital organisé autour de trois objectifs : renforcer le respect de la tarification à l'activité, améliorer l'efficacité du système de soins en garantissant un juste recours à l'hôpital et mieux maîtriser l'évolution des prescriptions hospitalières en ville.

Dans le cadre des missions régionales de santé, les praticiens conseils ont développé des actions de sensibilisation auprès des Commissions médicales d'établissements sur les six thèmes suivants : antibiotiques, statines, prescription en dénomination commune internationale (DCI), utilisation de l'ordonnancier bi-zones, arrêts de travail et transports. Des actions d'information dédiée aux médecins traitants, et aux assurés ont été mises en place.

Par ailleurs, dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, la CNAMTS a défini un objectif de 85 % des actes chirurgicaux réalisables en ambulatoire effectivement réalisés en ambulatoire en 2008. Pour y parvenir, différentes actions ont été lancées depuis 2007 auprès des établissements de santé, des professionnels de santé pour les sensibiliser à cette prise en charge et les avantages qu'elle peut offrir aux patients éligibles ainsi qu'auprès des assurés (via la lettre aux assurés). Enfin, la chirurgie ambulatoire est inscrite dans les thèmes de formation conventionnelle continue 2009 que pourront suivre les médecins.

Malgré ce choix de la poursuite de l'amélioration de l'efficacité hospitalière, les établissements de santé restent confrontés à certaines difficultés.

2. Les établissements de santé restent confrontés à des difficultés persistantes

a) Les modalités de la convergence intersectorielle ne sont toujours pas établies sur un constat objectif et partagé

Le VII de l'article 33 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2004 a fixé le principe de la convergence des tarifs des établissements du secteur public et du secteur privé, avec un objectif de convergence devant être atteint en 2012.

Aux termes de la loi, cette convergence doit s'effectuer « *dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs* », c'est-à-dire que les tarifs ne seront à terme identiques entre les deux secteurs que dans la mesure où les établissements sont soumis à des conditions identiques. La cible de la convergence a été précisée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 qui dispose que « *(le) processus de convergence est orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du [code de la sécurité sociale]* », c'est-à-dire vers les tarifs des cliniques privées qu'un rapport de l'IGAS de janvier 2006 a considéré comme ceux des établissements les plus efficaces.

Si la loi fixait initialement une étape intermédiaire en 2008 prévoyant une réduction de 50 % des écarts entre les tarifs du secteur public et ceux du secteur privé, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a supprimé cette échéance intermédiaire au regard du manque d'éléments d'informations sur les écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par les tarifs. En contrepartie, la loi dispose que le gouvernement remet avant le 15 octobre 2008 un rapport au Parlement sur le bilan des travaux sur la mesure de ces écarts.

En effet, la convergence intersectorielle suppose une connaissance précise du contenu et de l'étendue des prestations prises en charge par chacun des secteurs et une évaluation approfondie des coûts de production, en distinguant ceux qui sont justifiés par des missions et/ou des sujétions spécifiques qui n'étaient pas encore disponibles à l'époque.

D'après les éléments d'information communiqués au rapporteur, plusieurs avancées ont été réalisées sur ce sujet parmi lesquelles l'élaboration puis la mise en œuvre d'une étude nationale de coûts (ENC) privée transitoire dès mi-2005, portant sur les années comptables 2004 et 2005, dans l'attente de la mise en place d'une ENC commune 2006 ; la détermination d'une méthodologie et la mise en œuvre d'une ENC à méthodologie commune aux deux secteurs, portant sur les données comptables 2006 ainsi que des études dites complémentaires visant à expliquer des écarts de coûts observés.

Si Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, a indiqué lors de son audition par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales que les premiers résultats pourraient être exploités dès la campagne 2009, en particulier la

mise en œuvre de la version 11 de la classification des séjours et la prise en compte d'une partie des charges liées à la permanence des soins hospitalière et à la prise en charge de patients en situation de précarité, il semble bien que ces travaux doivent encore être poursuivis et complétés dans les mois à venir. Quoiqu'il en soit, le rapporteur regrette que le rapport au Parlement sur le bilan des travaux sur la mesure de ces écarts de coût entre le secteur public et le secteur privé ne lui ait pas été communiqué avant le 15 octobre 2008 comme le prévoyait la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Il est en effet primordial, comme le notait déjà la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2006 que les principes de la convergence intersectorielle soient rapidement explicités.

b) Les contrats de retour à l'équilibre n'ont pas rempli leur objectif

Les contrats de retour à l'équilibre financier ont été conçus comme un moyen d'assainissement des situations financières des établissements de santé.

Or, les premiers contrats mis en place en 2004 ont récemment fait l'objet d'une évaluation sévère, notamment par un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) consacré au contrôle des contrats conclus par des hôpitaux « perdants » à la T2A ⁽¹⁾.

La critique des contrats de retour à l'équilibre financier (Cref)

Un objectif mal défini

Pour la mission de l'Igas, la mise en place d'une enveloppe non reconductible au motif qu'il y avait nécessité d'apurer les reports de charges, n'était pas adaptée à l'objectif de redressement durable des établissements. Elle a en effet plutôt émis un signal négatif en donnant l'assurance que les reports de charges des années antérieures seraient couverts sans pour autant rendre obligatoire des efforts de productivité.

Le rapport de l'Igas estime qu'il aurait été préférable « d'accorder, par exemple au sein de l'enveloppe Migac, une enveloppe annuelle destinée à financer les restructurations et les mesures d'amélioration de l'efficacité de l'hôpital. Le calibrage de cette enveloppe aurait été revu chaque année en fonction des résultats obtenus dans chaque région, notamment dans le domaine des contrats de retour à l'équilibre ».

Une mise en œuvre souvent tardive et mal ciblée

Les constatations faites par l'Igas montrent que, parfois, les aides ont été versées en l'absence de tout contrat, que, souvent, la procédure du Cref a été utilisée tardivement alors que de tels contrats auraient été nécessaires, que souvent aussi le critère de l'efficacité T2A n'a pas été suffisamment pris en compte. En effet, il aurait été plus pertinent d'utiliser les Cref pour, à titre prioritaire, accompagner les établissements perdants à la T2A et non l'ensemble des hôpitaux en déficit.

(1) Rapport sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (Cref) par des hôpitaux « perdants » à la T2A - n°2007-164P - janvier 2008

Un contenu insuffisant

Beaucoup de mesures nécessaires au redressement durable des établissements semblent fréquemment absentes des contrats, par exemple un diagnostic sur la performance médico-économique des services ou encore des objectifs de restructuration des sites, d'amélioration des outils de gestion, de rétablissement de la capacité d'autofinancement.

Par ailleurs, les mesures d'économies prévues sont généralement peu ambitieuses, en particulier en ce qui concerne la maîtrise de la masse salariale.

La mission de l'Igas dénonce même le fait que six des dix-huit contrats qu'elle a examinés ne comportent pas explicitement d'objectif de retour à l'équilibre financier à l'échéance du contrat.

La non-prise en compte de programmes d'investissement souvent conséquents

Les Cref n'ont généralement pas tenu compte de l'impact sur les charges d'exploitation des importants programmes d'investissement engagés par les hôpitaux.

La mission de l'Igas estime que le rétablissement de la situation financière aurait dû être un préalable au lancement des opérations d'investissement et que la préparation des contrats aurait dû s'accompagner d'une révision en profondeur des programmes d'investissement envisagés.

Des prévisions de recettes irréalistes

Le principal reproche fait par la mission de l'Igas aux contrats est celui d'avoir misé sur un développement peu réaliste de l'activité pour redresser la situation financière. Il est même arrivé que l'optimisme affiché ait eu pour seul but de justifier des équipements surdimensionnés par rapport à l'activité de l'hôpital.

Ces objectifs d'activité ont en outre été parfois adoptés en contradiction avec l'évolution de l'offre de soins sur le territoire et même des objectifs quantifiés fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

La non-réalisation des objectifs financiers

En conséquence de prévisions de recettes irréalistes et de mesures d'économies insuffisantes ou non réalisées, les Cref n'ont pas atteint leurs objectifs financiers. Ils ont seulement permis, dans la majorité des cas, une amélioration apparente de la situation financière du seul fait des aides exceptionnelles consenties. Pour le long terme, la correction durable des situations difficiles est beaucoup plus incertaine.

Source : Rapport d'information « Pour une gestion responsable de l'hôpital n° 403 (2007-2008) de MM. Alain Vasselle et Bernard Cazeau, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, déposé le 18 juin 2008)

Pour le rapport de l'IGAS, « *tout se passe comme si certains établissements s'étaient durablement installés dans une culture du déficit* ».

c) La dynamique des restructurations hospitalières reste insuffisante

L'impératif de la restructuration de l'offre hospitalière fait généralement l'objet d'un assez large consensus tant la nécessité de rationaliser l'offre existante et d'adapter l'appareil de soins aux besoins de la population tout en garantissant à tous les patients la sécurité et la qualité des soins apparaît comme un enjeu majeur pour le secteur hospitalier.

D'après les informations obtenues par le rapporteur auprès du ministère de la santé, on a dénombré, depuis 10 ans, 550 opérations de recompositions

hospitalières, modifiant la structure de l'offre locale de soins. Ces opérations ont concerné au total plus de 1 100 établissements de santé, publics et privés. Certaines de ces opérations sont achevées, d'autres sont encore en cours de réalisation.

Ces 550 opérations représentent 550 suppressions d'autorisations d'activités de soins, essentiellement de chirurgie (277) et d'obstétrique (203). Elles se sont traduites sur le terrain par 198 fermetures de sites, 229 fusions d'établissements et 320 regroupements d'activités.

Les directeurs des ARH mettent actuellement en œuvre les opérations de restructurations identifiées dans les schémas régionaux de l'organisation des soins (SROS III), arrêtés en mars 2006. Les opérations les plus complexes font de plus l'objet d'un contrat entre l'Etat et l'ARH.

Une centaine d'opérations de restructuration significatives sont ainsi en cours de réalisation effective. La plupart de ces restructurations concernent de petits plateaux techniques chirurgicaux (moins de 2000 actes par an), qui doivent se renforcer, notamment dans le cadre de coopérations ou de regroupements, ou être reconvertis, afin de répondre aux exigences de qualité et de sécurité des soins et en adéquation avec les besoins de santé de la population, dans le cadre d'une approche graduée de l'organisation des soins.

Dans la majorité des situations, les territoires de santé concernés disposent de deux plateaux chirurgicaux, l'un public l'autre privé ; la fermeture de l'un d'eux ne prive donc pas la population de l'accès à une prise en charge de proximité alors que parallèlement, le regroupement des équipes médicales et paramédicales permet d'assurer la permanence et la qualité des soins.

Les complémentarités, organisées localement entre secteur public et secteur privé, constituent une voie privilégiée permettant de créer les conditions d'une production de soins plus efficiente, le cas échéant, dans le cadre de pôles hospitaliers publics/privés, autour d'un plateau technique unique.

De tels pôles peuvent être organisés aujourd'hui sous forme de groupements de coopération sanitaires (GCS) ou plus simplement consister en un rapprochement géographique de deux établissements, permettant à chaque structure de recourir à des prestations médico-techniques assurées par l'autre.

Par ailleurs, des démarches territoriales se mettent progressivement en place entre les établissements publics de santé, sous forme de « mutualisation » des ressources médicales par conventions, création de fédérations médicales interhospitalières, ou groupements de coopération, dans l'objectif de mieux structurer la gradation des soins, tout en assurant une couverture de l'ensemble du territoire.

Ces recompositions de l'offre ont visé avant tout un objectif d'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins, notamment grâce au

regroupement d'activités autour de plateaux techniques plus performants et plus attractifs. La mise en œuvre de ces opérations a été favorisée par le plan « Hôpital 2007 », qui a accéléré le rythme des investissements hospitaliers.

Une grande partie de ces opérations résulte également des contraintes de la démographie médicale et des difficultés de recrutement que connaissent les établissements de santé, en particulier dans certaines spécialités médicales.

Les restructurations sont aussi portées par la nécessité d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population en développant en particulier des structures de soins de suite et de réadaptation (SSR) et des structures pour personnes âgées dans le cadre de filières gériatriques qui n'entrent pas encore dans le champ d'application de la tarification à l'activité.

Si les résultats des opérations de restructurations déjà réalisées ne doivent pas être minimisés, la Cour des comptes, dans son rapport de septembre 2008 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, souligne néanmoins que les résultats obtenus restent encore en dessous des ambitions affichées et restent très inégaux selon les régions, les disciplines et les secteurs (privé ou public).

Mettant en évidence une interruption progressive de la dynamique de restructuration, la Cour appelle de ses vœux une relance de la politique de restructuration hospitalière.

d) Les systèmes d'information dans les établissements de santé présentent des lacunes

Les systèmes d'information hospitaliers sont au cœur de la réforme de l'hôpital et sont notamment essentiels pour assurer dans de bonnes conditions le financement des établissements de santé dans le cadre de la tarification à l'activité.

Pourtant, dans son rapport de septembre 2008 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes a dressé un bilan décevant de l'utilisation des outils informatiques dans les établissements publics de santé.

Celle-ci relève ainsi que la mobilisation des équipes de direction sur les questions relatives aux systèmes d'information est assez faible, que leur utilisation pour la gestion économique et financière est décevante et met également en évidence le fait que la multiplicité des organismes chargés du développement des systèmes d'information (MAINH, GMSIH, ATIH, ...) empêche de développer une véritable politique d'accompagnement des établissements de santé.

**Le pilotage national des systèmes d'information Hospitaliers :
une multiplicité d'acteurs insuffisamment coordonnés**

« Le pilotage des systèmes d'information hospitaliers fait intervenir un grand nombre d'organismes insuffisamment coordonnés.

« La direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) a délégué le développement des systèmes d'information hospitalier à plusieurs structures, et notamment au groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH)³⁴³, à la mission d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Or, les missions de ces organismes ont été insuffisamment précisées par le ministère en charge de la santé. Le premier contrat d'objectifs et de moyens du GMSIH est en voie de finalisation. L'intégration de ce GIP dans une future « agence de l'efficience » (avec la MAINH et la MEAH) devrait permettre d'amplifier l'appui aux ARH et aux établissements sur les choix techniques, fonctionnels et les bonnes pratiques de développement informatique et de déploiement des systèmes d'information médicaux.

« Quant à la MAINH, initialement créée pour accompagner le programme de rénovation du patrimoine hospitalier prévu dans le plan « Hôpital 2007 », sa compétence a été étendue aux systèmes d'information hospitaliers en juillet 2005. Son champ d'intervention a toutefois été limité à l'accompagnement technique et méthodologique de programmes nationaux et à la constitution et l'animation d'un réseau de chargés de mission à compétence SI auprès des ARH. Ce n'est que dans un second temps, de manière informelle, que la MAINH s'est vu confier un rôle d'appui au pilotage des investissements SIH.

« De son côté, la DHOS, au nom de l'autonomie des établissements et dans un contexte où le SIH n'était pas une priorité nationale, a considéré que la maîtrise d'ouvrage ne relevait pas de son ressort mais de celui des établissements. A la suite du lancement de plusieurs chantiers (DMP, T2A) et des critiques formulées par de nombreux rapports sur la faiblesse du pilotage exercé par la DHOS, celle-ci s'est progressivement réinvestie sur le sujet SIH. Au cours de l'année 2007, le bureau E3 (« Systèmes d'information hospitaliers et PMSI ») a ainsi récupéré la mission « déploiement » (animation et suivi des programmes nationaux), qui incombait jusqu'alors au pôle SIH de la MAINH. Ce transfert s'est toutefois effectué avec des moyens limités : 5 ETP en 2008.

« Surtout, le positionnement de ce bureau par rapport aux autres instances susceptibles de jouer un rôle de coordination, comme la mission d'informatisation des systèmes de santé (MISS), n'a pas été clairement défini. La MISS, désormais rattachée au secrétariat général du ministère de la santé, est en effet censée coordonner la démarche d'informatisation du système de santé afin notamment de garantir la cohérence des choix stratégiques et techniques, mais n'a pas disposé, jusqu'à maintenant, de l'autorité suffisante pour remplir sa mission ».

Source : Rapport de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, septembre 2008.

Au regard des enjeux organisationnels et financiers induits par la tarification à l'activité, ces lacunes du système d'information hospitalier sont préoccupantes pour l'avenir.

3. L'année 2008 a été une année de grande réflexion sur l'hôpital

a) La Commission de concertation relative aux missions de l'hôpital a rendu ses propositions

Le 16 octobre 2007 à Bordeaux, M. Nicolas Sarkozy, président de la République, a demandé à l'ensemble des professionnels de santé de réfléchir aux changements nécessaires pour que le système de santé français réponde avec qualité et égalité aux besoins des patients ; à cet effet, il a confié à une Commission de concertation relative aux missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, le soin de faciliter cette réflexion et de formuler des propositions. Le 10 avril 2008, à l'issue de nombreuses auditions, analyses de rapports et contributions et débats dans six régions, M. Larcher a remis au président de la République le rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, qui formule un certain nombre de réformes nécessaires pour réformer les urgences et la permanence des soins, recomposer l'offre de soins, améliorer la performance de l'hôpital public et développer l'enseignement et la recherche.

Synthèse des propositions de la commission

– **Aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge**

L'importance des besoins sociaux notamment en termes de gériatrie et de handicap impose de revoir l'organisation de la chaîne de soins autour du parcours du malade. La mission de l'hôpital en termes de coordination des soins doit être réaffirmée.

1. Favoriser l'**adéquation des prises en charge** en développant une offre d'aval adaptée : **redéploiement** de l'offre vers le moyen séjour et le médico-social.

2. Assurer la **continuité du parcours de soins** entre hôpital, médecine de ville, moyen séjour, institutions sociales et médico-sociales : affirmer cette mission de l'hôpital dans les référentiels (certification, EPP) et faciliter la communication entre acteurs (messageries, secrétariat...) ; mieux intégrer la **dimension sociale et médico-sociale de l'hospitalisation** (aménagement du retour au domicile, organisation de la prise en charge multidimensionnelle des personnes fragiles).

3. Développer les formes d'**exercice pluridisciplinaire** en ville : en fonction des réalités locales, permettre aux hôpitaux, notamment aux hôpitaux locaux, d'apporter un support aux formes d'exercice innovantes.

4. Améliorer l'**organisation des soins non programmés** : confier à la future ARS une mission d'organisation globale (régulation, transport, PDS, urgences) ; améliorer la régulation ; mutualiser la permanence entre les praticiens des différents établissements de santé ; organiser les consultations non programmées à l'hôpital ; veiller à l'égalité des chances dans la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

– **Au niveau des territoires, organiser l'offre de soins hospitalière pour offrir qualité de service au meilleur coût**

L'importance majeure de l'organisation des soins au niveau des territoires doit être affirmée pour permettre un égal accès à des soins de qualité et garantir l'efficacité des financements publics. La planification doit promouvoir des rapprochements d'activité entre hôpitaux publics sur la base d'exigences de qualité et de pertinence économique et prendre en compte le rôle de l'hospitalisation privée.

5. Favoriser le développement de **complémentarités entre hôpitaux publics** sous la forme de communautés hospitalières de territoire : projet médical commun intégrant le court séjour, le moyen et long séjour ; incitation forte à des rapprochements volontaires.

6. Aménager les **conditions de prise en charge de l'offre de soins par les cliniques privées** : développer de nouvelles **formes contractuelles** pour la participation aux missions de **service public**, garanties par un cadre ferme et intégrant l'accessibilité financière, préciser les conditions d'adhésion des médecins à ces missions (convention tripartite ; nouvelle compétence pour la CME) et mieux objectiver les coûts de ces missions ; veiller au respect du **droit de la concurrence** lors des opérations de concentration par une meilleure définition des segments de marché.

– **Préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme**

L'hôpital public a besoin de plus de souplesse et de responsabilité pour lui permettre d'améliorer significativement sa performance.

7. Faire évoluer les **règles de gouvernance interne** de l'hôpital public pour améliorer son pilotage : transformer le conseil d'administration en conseil de surveillance ; dans le cadre d'ARS compétentes sur la globalité de la gestion du risque, diversifier sa composition en intégrant notamment un directeur de caisse d'assurance maladie ; resserrer le conseil exécutif et le transformer en directoire dont le président serait le directeur et le président de la CME le vice-président.

8. Dynamiser la **gestion des directeurs d'hôpitaux** : diversification des viviers de recrutement, accompagnement des carrières, nomination par le directeur d'ARS (sauf pour les DG de CHU) après sélection par le CNG sur des critères managériaux.

9. **Moderniser le statut de l'hôpital public** : liberté d'organisation, assouplissement des procédures (en matières de marchés publics, application du régime de l'ordonnance du 6 juin 2005, fin de la séparation des fonctions d'ordonnateur et de comptable).

10. Développer l'**efficience** : centrer le contrôle des hôpitaux sur l'efficacité et la qualité en valorisant les outils de la performance, certifier les comptes.

11. Offrir aux **médecins des cadres d'exercice souples et valorisants** : outre le statut actuel, développer un cadre statutaire aménagé (rémunération tenant compte de l'activité et de valences) et unifier le cadre contractuel pour le rendre attractif et favoriser les exercices mixtes.

12. Développer les **perspectives des professionnels non médicaux** : dans le cadre du statut, mise en place du LMD, développement de nouveaux métiers (coordination), délégation d'actes. Développer l'intéressement.

– **Développer l'enseignement et la recherche**

L'enseignement et la recherche conditionnent le dynamisme du système de demain. Ils sont également un puissant facteur d'attractivité pour l'hôpital public. Ils doivent être confortés et dynamisés.

13. Renforcer le **pilotage de l'enseignement et de la recherche** : pilotage national par un comité interministériel, mise en place d'une agence de moyens et évaluation par l'AERES ; pilotage interrégional en lien avec les ARS ; articulation entre les conventions hospitalo-universitaires et les conventions quadriennales des universités et directeur scientifique au niveau local.

14. **Labelliser les équipes** d'enseignement et de recherche, y compris des équipes exerçant hors des CHU.

15. **Adapter la formation médicale et paramédicale** : passerelles entre filières par le biais du LMD ; adaptation des flux aux besoins régionaux ; enrichissement des contenus et diversification des profils des étudiants ; renforcer la formation médicale continue hospitalière.

16. **Conforter le dynamisme de la recherche** : développer l'appui à la recherche ; simplifier son cadre juridique ; développer les collaborations avec l'industrie ; élargir les champs de la recherche.

Source : État des lieux réalisé par la Commission de concertation relative aux missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher.

b) Le président de la République a fixé les grandes orientations de la réforme de l'hôpital qui figurent dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

Dès son discours du 17 avril 2008 à l'hôpital de Neufchâteau, le Président de la République a annoncé qu'il faisait sienne la plupart des propositions du rapport Larcher et a fixé les grands traits du contenu de la réforme en insistant notamment sur l'évolution de la gouvernance, l'ouverture du recrutement des directeurs, l'extension du contrat pour les praticiens, le regroupement des hôpitaux publics au sein de communautés hospitalières de territoire et la souplesse de gestion en matière de marchés publics ou de gestion immobilière. Il a fixé à cette occasion l'objectif de 2012 pour que tous les hôpitaux soient à l'équilibre d'exploitation.

À l'occasion d'un déplacement à la maison médicale de Bletterans, dans le Jura, le président de la République a ensuite tracé le 18 septembre 2008 les grandes lignes de sa politique en matière de santé, en précisant notamment, s'agissant du secteur hospitalier, que les situations de déficit ne devaient plus être tolérées, que les comptes des établissements pourraient désormais être certifiés et en proposant aux personnels des établissements qui disposent d'excédents budgétaires de les redistribuer au travers d'une politique d'intéressement.

Il a par ailleurs présenté les grandes lignes du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, qui devrait être soumis prochainement au Parlement. Ce projet de loi vise à apporter une réponse transversale aux principaux enjeux de la santé et traitera en conséquence de la modernisation des établissements de santé, de l'accès de tous à des soins de qualité, à la prévention et la santé publique, ainsi que de l'organisation territoriale du système de santé.

Il devrait comporter ainsi plusieurs mesures concernant très directement les établissements de soins.

En particulier, la gouvernance des hôpitaux devrait être profondément remaniée. Les directeurs des hôpitaux seront désormais nommés par l'agence régionale de santé (ARS) – créée par le projet de loi en remplacement des agences régionales de l'hospitalisation et avec des compétences plus étendues – et non plus par le ministre. Ils présideront un directoire – chargé de la gestion au quotidien de l'établissement –, dont le vice-président sera le président de la commission médicale d'établissement (CME). Pour sa part, l'actuel conseil d'administration sera remplacé par un conseil de surveillance, chargé de se prononcer sur les grandes orientations stratégiques. Les pouvoirs du directeur d'hôpital seront globalement renforcés. Celui-ci pourra notamment signer un contrat d'objectif et de moyens avec le directeur de l'ARS et pourra recruter de manière contractuelle les médecins. De leur côté, les chefs de pôle devraient voir leur rôle renforcé.

Par ailleurs, des « communautés hospitalières de territoire » seront créées, qui permettront de mettre en réseau des hôpitaux autour d'un projet médical commun, afin de mutualiser un certain nombre de fonctions ou de moyens de façon à définir de nouvelles modalités de coopération entre les établissements pour répondre à la nécessaire gradation des soins.

Enfin, la future loi devrait fluidifier et améliorer la coordination de l'hôpital avec le secteur ambulatoire en aval et les établissements médico-sociaux en aval.

Ce projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires devrait ainsi, par les profondes réformes structurelles qu'il va apporter, être un utile complément aux dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui visent à renforcer l'efficacité du secteur hospitalier.

C. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009 RENFORCE LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE ET LES EFFORTS D'EFFICACITÉ À L'HÔPITAL

Le projet de loi vise à mieux réguler les dépenses de l'hôpital et à optimiser l'organisation générale du système en accompagnant les établissements de santé dans leurs efforts de modernisation.

1. Le volume des soins dont la justification médicale est discutable sera infléchi

Il existe parfois entre les établissements de santé des écarts très importants dans la prescription des traitements ou dans les profils de facturation de prestations d'hospitalisation pour des patients qui présentent pourtant un diagnostic semblable.

Le système hospitalier offre ainsi des marges d'efficacité qu'il convient de mobiliser en infléchissant la consommation de soins dont la justification médicale n'est pas avérée. L'objectif est de parvenir à homogénéiser les prescriptions et à inciter les établissements de santé à se réorganiser quand ils présentent un profil atypique.

a) Les prescriptions de spécialités pharmaceutiques financées en sus des groupes homogènes de séjour seront mieux régulées

Si le principe de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé est de mettre en place le paiement d'un tarif global et forfaitaire par séjour, dit groupe homogène de séjour (GHS) qui englobe en général le coût des médicaments administrés durant un séjour hospitalier, il arrive parfois que certains médicaments, du fait de leur caractère onéreux ou de l'hétérogénéité qu'ils introduisent dans les tarifs de séjour, soit inscrits sur une liste dite « *liste en sus* »

car ils font l'objet d'un remboursement par les organismes d'assurance maladie en sus du financement à l'activité.

La croissance des dépenses de ces spécialités pharmaceutiques souvent très innovantes est particulièrement dynamique puisque les statistiques de la DREES font état d'une augmentation de 18,4 % entre 2006 et 2007 pour les établissements publics de santé ayant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO).

C'est pourquoi l'article 36 du projet de loi propose à la fois d'améliorer la connaissance des prescriptions dans les établissements de santé des médicaments pris en charge en sus des groupes homogènes de séjour par le biais d'une analyse nationale permettant de réaliser des comparaisons entre régions et établissements sur l'évolution de ces dépenses et de mettre en place un dispositif de régulation destiné à infléchir la consommation de celles de ces spécialités pharmaceutiques dont la justification médicale n'est pas avérée.

Sur la base de cette analyse nationale, ainsi que des recommandations émises par la Haute autorité de santé (HAS), l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et l'Institut national du cancer (INCa), les agences régionales de l'hospitalisation devront conclure avec les établissements présentant un taux d'évolution anormalement élevé sans justification valable et un écart significatif par rapport aux profils de prescription, un plan d'action d'une durée d'un an visant à maîtriser l'évolution des dépenses par l'amélioration des pratiques hospitalières. En cas de refus de le signer ou de non respect de ce plan, le remboursement de l'assurance maladie à l'établissement sera réduit.

Par ailleurs, l'article 36 dispose également qu'à compter de 2012, l'assurance maladie ne prendra plus en charge les factures présentées par l'hôpital au titre des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des prestations d'hospitalisation en l'absence du numéro personnel identifiant du médecin.

b) Le champ des mises sous accord préalable est étendu à des prestations d'hospitalisation atypiques

L'article 42 du projet de loi étend, dans le secteur hospitalier, la procédure de mise sous accord préalable, qui se définit comme la possibilité de subordonner la couverture de certains frais engagés à l'accord préalable du service médical de l'assurance maladie, au-delà du dispositif prévu par la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2008.

Celle-ci avait procédé à un premier renforcement substantiel du dispositif d'accord préalable en ouvrant la possibilité de mise sous accord préalable pour les établissements qui ont anormalement facturé des prestations d'hospitalisation complète qui auraient pu être réalisées en chirurgie ambulatoire.

L'article 42 étend encore cette procédure de mise sous accord préalable en l'appliquant désormais à l'ensemble des établissements de santé qui réalisent une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la HAS ou un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies, pour une activité comparable, à partir des données que les praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés ont transmis au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.

Ce dispositif devrait être de nature à inciter les établissements ayant une facturation atypique à des prises en charge plus adaptées.

2. Le coût de la prise en charge de certains médicaments administrés en consultation externe sera réduit

La situation qui prévalait jusqu'ici laissait subsister un vide juridique autour de la prise en charge par l'assurance maladie de médicaments réservés à l'usage hospitalier mais parfois prescrits lors de consultations externes hospitalières, comme la toxine botulique par exemple, dans la mesure où le droit actuel ne prévoit leur remboursement que dans le cadre d'une hospitalisation.

Plutôt que de continuer à se satisfaire d'une modalité de prise en charge au sein des GHS résultant d'une simple tolérance administrative qui entraînait un surcoût pour l'assurance maladie, l'article 38 pose le principe d'une prise en charge par des tarifs en sus des prestations d'hospitalisation pour cette catégorie de spécialités pharmaceutiques.

Avec un tel dispositif, le mode de financement par l'assurance maladie de cette catégorie particulière de médicaments est clairement défini et devrait entraîner d'importantes économies pour l'assurance maladie (de l'ordre de six à huit millions d'euros rien que pour la toxine botulique).

3. Les outils de traitement des situations de déséquilibre financier seront mieux articulés dans une logique de gradation

L'article 40 a pour objet de mieux articuler les procédures de traitement des situations de déséquilibre financier des établissements publics de santé (plan de redressement et mise sous administration provisoire), de transposer ces procédures aux établissements de santé privés et d'étendre aux centres de lutte contre le cancer les règles applicables aux établissements de santé relatives à la certification, au redressement et à la mise sous administration provisoire et au devenir en cas de fermeture définitive de l'établissement.

Le dispositif nouveau prévoit notamment une meilleure articulation de la procédure de mise sous administration préalable avec celle du plan de redressement. En effet, les mesures de redressement deviennent désormais un préalable à la procédure de mise sous administration provisoire alors que dans le

dispositif issu de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2008, les deux procédures étaient juridiquement autonomes l'une de l'autre.

4. La création de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) favorisera l'amélioration de la performance des établissements de santé

Tirant les leçons des critiques récurrentes sur l'insuffisante coordination du pilotage des systèmes d'information et d'aide à la performance hospitaliers, l'article 41 du projet de loi prévoit, afin de mieux accompagner les établissements de santé dans leurs projets d'investissement ou de réorganisation, de regrouper en une seule agence d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux des missions d'expertise actuellement dispersées entre la mission pour l'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) et le groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (GMSIH).

Cette agence a pour objet de mettre à disposition des ARH et de l'État une expertise globale et spécialisée à même de fournir des outils d'amélioration de la performance, un appui et un conseil opérationnel aux établissements ainsi qu'une contribution à la stratégie d'efficacité et à la mise en œuvre d'un système fiable de pilotage de la performance.

Destinée à intensifier la diffusion et la mise en œuvre de bonnes pratiques au sein des établissements, cette nouvelle agence devrait permettre aux établissements de mieux utiliser leurs ressources et contribuer à améliorer l'efficacité des établissements.

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 ;
- 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 trois lois de financement de la sécurité sociale pour 2006 (article 51), pour 2007 (articles 85, 86, 89 et 125) et pour 2008 (article 69).

A. 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.

Ces deux dispositifs ont été complétés par le VIII de l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 qui a chargé la CNSA de répartir en dotations régionales limitatives les dotations indicatives pour les deux années à venir figurant en annexe des PRIAC et qui sont fixées par arrêté interministériel.

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	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)

	handicapé (<i>art.51, LFSS 2006</i>).	
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
	Opérations d’investissement immobilier portant sur la création de places, la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services recevant des financements de la CNSA et des établissements de santé	Affectation des crédits aux deux sous-sections de la section V (article L. 14-10-9) (<i>art.69-I, LFSS 2008</i>)

	assurant soit des soins de courte durée ou concernant des affections graves ou des soins de suite ou de réadaptation, soit des soins de longue durée avec hébergement	
	Actions ponctuelles de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services médico-sociaux recevant des financements de la CNSA, à l'exception des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées qui n'ont pas conclu de convention tripartite ou ont opté pour la dérogation à l'obligation de passer cette convention.	Affectation des crédits aux deux sous-sections de la section V (article L. 14-10-9) <i>(art. 69-I, LFSS 2008)</i>

Le budget de la CNSA pour 2007 a été exécuté comme suit (voir les rapports sur l'assurance maladie des précédents projets de loi de financement de la sécurité sociale pour l'exécution des budgets précédents et le projet de budget primitif pour 2007). L'exercice s'est traduit par un excédent de 298 millions d'euros alors qu'un déficit de 274 millions était prévu par le budget primitif.

Budget définitif (exécuté) de la CNSA pour 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	13 014,075	Total des ressources de la section I	13 014,075
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	7 289,760	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (12,74 %)	282,778
Fonds de concours pour groupes d'entraide mutuelle (GEM)	20,000	Crédits des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	6 996,000
Agence nationale d'évaluation des établt et services médico-sociaux	0,557	Reprise de provision pour les groupes d'entraide mutuelle (GEM)	20,000
Opérations diverses (a)	20,914	Déficit	32,452
Total des charges sous-section I-1	7 331,230	Total des ressources sous-section I-1	7 331,230
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	5 200,547	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (40 %)	887,844
Agence nationale d'évaluation des établt et services médico-sociaux	0,943	Crédits des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	4 795,000
Opérations diverses (b)	24,827		
Excédent	456,527		
Total des charges sous-section I-2	5 682,844	Total des ressources sous-section I-2	5 650,94
Section II : Financement de l'APA			
Concours aux départements	1 521,389	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (20 %)	443,922
Congé de soutien familial	5,714	Fraction de CSG (94 %)	1 013,710
Opérations diverses (c)	17,298	Participation des régimes vieillesse	64,509
		Produits financiers	18,439
		Reprise de provision APA 2004	3,822
Total des charges section II	1 544,402	Total des ressources section II	1 544,402

Section III : Financement de la prestation de compensation			
Concours versés au titre de la PCH	530,490	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (27,26 %)	605,066
Concours versés au titre des MDPH	50,000	Produits financiers	18,439
Remboursement CNAF au titre de la majoration AEEH	18,966		
Congé de soutien familial	4,786		
Opérations diverses (d)	19,263		
Total des charges section III	623,505	Total des ressources section III	623,505
Section IV : Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service			
Total des charges section IV	105,425	Total des ressources section IV	105,425
Sous-section IV-1 : Financement des actions en faveur des personnes âgées dépendantes			
Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	53,401	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (6 %)	64,705
Opérations diverses (e)	0,634	Reprise de provision 2006	24,162
Excédent	39,286	Produits exceptionnels	4,455
Total des charges sous-section IV-1	93,322	Total des ressources sous-section IV-1	93,322
Sous-section IV-2 : Financement des actions en faveur des personnes handicapées			
Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	5,273	Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	12,103
Excédent	6,830		
Total des charges sous-section IV-2	12,103	Total des ressources sous-section IV-2	12,103
Section V : Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie			
Total des charges section V	273,445	Total des ressources section V	273,445
Sous-section V-1 : Financement des actions en faveur des personnes âgées dépendantes			
Dépenses d'animation, prévention et études	7,500	Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,000
Plan d'aide à la modernisation 2006	50,107	Reprise de provision 2006	52,194
Plan d'aide à la modernisation 2007	128,882	Produits exceptionnels	0,040
		Déficit	124,255
Total des charges sous-section V-1	186,489	Total des ressources sous-section V-1	186,489
Sous-section V-2 : Financement des actions en faveur des personnes handicapées			
Dépenses d'animation, prévention et études	4,295	Prélèvement sur la section III	10,000
Plan d'aide à la modernisation 2006	26,136	Reprise de provision 2006	27,922
Plan d'aide à la modernisation 2007	53,247	Produits exceptionnels	1,348
Financement STAPS (convention CNASEA)	1,783		
Etudiants handicapés	1,494	Déficit	47,685
Total des charges sous-section V-2	86,955	Total des ressources sous-section V-2	86,955
Section VI : Frais de gestion			
Dépenses de fonctionnement	5,140	Prélèvements sur les sections I à IV	11,328
Charges de personnel	6,210	Produit exceptionnel pour remboursement MAD	0,151
Immobilisations	0,130	Reprise de provision 2006	0,001
Total des charges section VI	11,480	Total des ressources section VI	11,480
TOTAL DES CHARGES	15 025,974	TOTAL DES RECETTES	15 324,507
Excédent 2007	298,381		

(a) : Opération diverses de la section I-1 : contributions pour la section IV-2 et la section VI, atténuation de recettes et contribution pour frais de collecte ACOSS de la contribution de solidarité pour l'autonomie (0,5 %).

(b) : Opération diverses de la section I-2 : contributions pour la section V-1 et la section VI, atténuation de recettes et contribution pour frais de collecte ACOSS de la contribution de solidarité pour l'autonomie (0,5 %).

(c) : Opération diverses de la section II : contributions pour la section VI, atténuation de recettes et contribution pour frais de collecte ACOSS de la contribution de solidarité pour l'autonomie (0,5 %).

(d) : Opération diverses de la section III : contributions pour la section V-2 et la section VI, atténuation de recettes et contribution pour frais de collecte ACOSS de la contribution de solidarité pour l'autonomie (0,5 %).

(e) : Opération diverses de la section IV : contributions pour la section VI, atténuation de recettes et contribution pour frais de collecte ACOSS de la contribution de solidarité pour l'autonomie (0,5 %).

Le total des frais de collecte ACOSS de la contribution de solidarité pour l'autonomie et de la CSG s'élève à 13,513 millions d'euros et le total des atténuations de recettes à 25,991 millions.

Source : CNSA.

Le budget prévisionnel pour 2008 et le projet de budget primitif pour 2009 (adopté par le conseil d'administration réuni le 14 octobre 2008) s'établissent comme suit. Le projet de budget pour 2009 fait apparaître, comme pour l'exercice 2008, l'affectation de 265 millions d'euros à des dépenses de fonctionnement pour la création de places de services ou en établissements (sous-section I-2) (200 millions dans le budget pour 2008). Des ressources propres de la CNSA sont ainsi mobilisées pour le financement de dépenses courantes relevant de l'ONDAM ; ces sommes seront « remboursés » à la CNSA sur les crédits de l'ONDAM de l'exercice suivant, le montant des crédits d'une année non consommés étant arrêté à la fin mars suivant la fin de l'exercice.

Une nouveauté est introduite dans le projet de budget pour 2009 : la prise en charge par le budget de la CNSA des dépenses engagées par l'Etat au titre des contrats de plan Etat-régions 2007-2013 pour la reconversion des structures hospitalières en établissements de moyen et long séjour pour personnes âgées et l'adaptation des structures spécialisées pour personnes handicapées. Sur sept ans, les contrats de plan Etat-régions financeront 210 millions d'euros de dépenses d'investissement.

Le projet de budget confirme la montée en puissance de la section V, conformément aux nouvelles missions qui lui ont été assignées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et que renforcent l'article 46 du présent projet de loi.

Budget prévisionnel de la CNSA pour 2008 (septembre 2008)

(en millions d'euros)

Charges		Ressources	
Section I : Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux			
Total des charges de la section 1	14 174,0	Total des ressources de la section 1	14 174,0
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	7 504,0	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (14 %)	328,2
Fonds de concours pour groupes d'entraide mutuelle (GEM)	24,0	Crédits des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	7 376,0
Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux	0,6	Reprise de provision (Agence nationale d'évaluation des ESM)	0,7
Opérations diverses	22,1	Régularisation 2006-2007	8,0
Excédent	162,2		
Total des charges sous-section I-1	7 712,9	Total des ressources sous-section I-1	7 712,9

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	6 237,0	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (40 %)	937,70
Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux	0,9	Crédits des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	5 523,0
Opérations diverses	25,6	Reprise de provision ANESM	0,5
Excédent	197,6		
Total des charges sous-section I-2	6 461,1	Total des ressources sous-section I-2	6 461,1
Section II : Financement de l'APA			
Concours aux départements	1 607,4	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (20 %)	468,8
Congé de soutien familial	0,5	Fraction de CSG (94 %)	1 056,6
Opérations diverses	16,0	Contribution des régimes vieillesse	65,5
Excédent	0,2	Reprise de provision (congé de soutien familial)	5,7
		Produits financiers	25,0
Total des charges section II	1 624,2	Total des ressources section II	1 624,2
Section III : Financement de la prestation de compensation			
Concours versés au titre de la PCH	556,5	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (26 %)	609,5
Concours versés au titre des MDPH	45,0	Produits financiers	27,5
Remboursement CNAF au titre de la majoration AEEH	22,7	Reprise de provision (congé de soutien familial)	4,8
Congé de soutien familial	0,5		
Opérations diverses	17,0		
Excédent	0,1		
Total des charges section III	641,8	Total des ressources section III	641,8
Section IV : Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service			
Total des charges section IV	101,5	Total des ressources section IV	101,5
Sous-section IV-1 : Financement des actions en faveur des personnes âgées dépendantes			
Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	55,0	Fraction de CSG (6 %)	67,4
Opérations diverses	0,7	Reprise de provision	18,0
Excédent	29,8		
Total des charges sous-section IV-1	85,4	Total des ressources sous-section IV-1	85,4
Sous-section IV-2 : Financement des actions en faveur des personnes handicapées			
Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	7,0	Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9
Excédent	9,1	Reprise de provision	4,2
Total des charges sous-section IV-2	16,19	Total des ressources sous-section IV-2	16,1
Section V : Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie			
Total des charges section V	447,2	Total des ressources section V	447,2
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 (PAM) 2006-2007	80,0	Reprise de provision (plan d'aide à la modernisation)	80,0
Provisions plan d'aide à l'investissement (PAI) 2008 + régularisation PAM 2007	225,7	Reprise de provision 2007	4,2
Plan Alzheimer	9,2	Déficit	230,7
Total des charges sous-section V-1	324,9	Total des ressources sous-section V-1	324,9

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	37,0	Reprise de provision (plan d'aide à la modernisation)	80,0
Provisions PAI 2008 + régularisation PAM 2007	75,3	Reprise de provision 2007	4,2
		Déficit	230,7
Total des charges sous-section V-2	122,3	Total des ressources sous-section V-2	122,3
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	16 557,7	TOTAL DES RECETTES	16 653,1
Excédent 2008	95,4		

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 septembre 2008).

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.

Projet de budget primitif de la CNSA pour 2009 (14 octobre 2008)

(en millions d'euros)

Charges		Ressources	
Section I : Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux			
Total des charges de la section I	15 412,4	Total des ressources de la section I	15 412,4
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	8 003,0	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (14 %)	331,5
Fonds de concours pour groupes d'entraide mutuelle (GEM)	24,0	Crédits des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	7 719,0
Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux	0,7		
Opérations diverses	23,4	Déficit	0,6
Total des charges sous-section I-1	8 051,0	Total des ressources sous-section I-1	8 051,0
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	7 333,0	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (40 %)	947,0
Agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux	1,1	Crédits des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	6 152,0
Opérations diverses	27,2	Déficit	262,3

Total des charges sous-section I-2	7 361,3	Total des ressources sous-section I-2	7 361,3
Section II : Financement de l'APA			
Concours aux départements	1 631,4	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (20 %)	473,5
Congé de soutien familial	0,5	Fraction de CSG (94 %)	1 078,2
Opérations diverses	16,7	Contribution des régimes vieillesse	67,0
		Produits financiers	30,0
Total des charges section II	1 648,7	Total des ressources section II	1 648,7
Section III : Financement de la prestation de compensation			
Concours versés au titre de la PCH	561,4	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (26 %)	615,6
Concours versés au titre des MDPH	45,0	Produits financiers	30,0
Remboursement CNAF au titre de la majoration AEEH	21,4		
Congé de soutien familial	0,5		
Opérations diverses	17,3		
Total des charges section III	645,6	Total des ressources section III	645,6
Section IV : Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service			
Total des charges section IV	90,7	Total des ressources section IV	90,7
Sous-section IV-1 : Financement des actions en faveur des personnes âgées dépendantes			
Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	68,1	Fraction de CSG (6 %)	68,8
Plan métier	7,0	Déficit	7,0
Opérations diverses	0,7		
Total des charges sous-section IV-1	75,8	Total des ressources sous-section IV-1	75,8
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
Plan métier	3,0	Déficit	3,0
Total des charges sous-section IV-2	14,9	Total des ressources sous-section IV-2	14,9
Section V : Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie			
Total des charges section V	566,0	Total des ressources section V	566,0
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 (PAM) 2006-2007 et plan d'aide à l'investissement (PAI) 2008	195,0	Reprise de provision (PAM et PAI)	195,0
Plan d'aide à l'investissement 2009	180,0		
Plan Alzheimer - expérimentation	6,0		
Contrats de plan Etat-régions	20,0	Déficit	206,0
Total des charges sous-section V-1	411,0	Total des ressources sous-section V-1	411,0
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
PAM 2006-2007 et PAI 2008	85,0	Reprise de provision (PAM et PAI)	85,0
Plan d'aide à l'investissement 2009	50,0		
Contrats de plan Etat-régions	10,0	Déficit	60,0
Total des charges sous-section V-2	155,0	Total des ressources sous-section V-2	155,0

Section VI : Frais de gestion			
Dépenses de fonctionnement	8,1	Prélèvements sur les sections I à IV	17,0
Charges de personnel	8,5	Produit exceptionnel (remboursement MAD)	0,1
Excédent	0,6		
Total des charges section VI	17,1	Total des ressources section VI	17,1
TOTAL DES CHARGES	18 330,8	TOTAL DES RECETTES	17 792,5
		Déficit 2009	538,3

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 n° 2MPAP-08-1823 du 11 août 2008 de la direction du budget, adopté par le conseil d'administration de la CNSA réuni le 14 octobre 2008).

Produits des contributions affectées à la CNSA

	2006 (réalisé)		2007 (réalisé)		2008 (prévisions)		2009 (prévisions)	
	M €	variation (%)	M €	variation (%)	M €	variation (%)	M €	variation (%)
CSG	1 022	+ 8,7	1 073	+ 5,0	1 119	+ 4,2	1 142	+ 2,1
Sur les revenus d'activité et de remplacement	897	+ 7,3	938	+ 4,5	976	+ 4,1	1 011	+ 3,5
Sur les revenus du patrimoine	55	- 1,8	68	+ 23,2	69	+ 2,0	56	- 19,6
Sur les produits de placement	64	+ 60,0	67	+ 4,4	72	+ 8,1	74	+ 2,9
Sur les produits des jeux	6	- 25,0	6	- 3,1	6	- 0,7	6	+ 2,9
Déduction de charges et de frais	0	-	5	0,0	5	+ 4,1	5	+ 3,5
Contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)	2 085	+ 7,0	2 210	+ 6,0	2 333	+ 5,6	2 358	+ 1,1
Sur les revenus d'activité et de remplacement	1 777	+ 5,3	1 844	+ 3,8	1 918	+ 4,0	1 977	+ 3,1
Sur les revenus du patrimoine	160	- 0,6	202	+ 25,9	208	+ 3,5	168	- 19,6
Sur les produits de placement	148	+ 48,0	174	+ 17,6	216	+ 24,4	223	+ 2,9
Déduction de charges et de frais	0	-	9	-	10	+ 11,1	10	+ 3,1
Participation des régimes d'assurance vieillesse	63	+ 1,8	65	+ 1,8	66	+ 1,5	67	+ 2,3
Produits financiers	—	—	37	-	55	+ 48,6	60	+ 9,1
Produits totaux CNSA	3 170	+ 7,5	3 385	+ 6,4	3 572	+ 5,5	3 627	+ 1,5

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

1. L'ONDAM médico-social délégué à la CNSA

En application de l'article L. 314-3-4 du code de l'action sociale et des familles, le montant indicatif des crédits de fonctionnement prévisionnels des établissements médico-sociaux relevant du champ de compétence de la CNSA ou de certaines catégories d'entre eux peut être fixé par arrêté, conformément aux objectifs figurant pour les quatre années à venir dans le rapport annexé à la loi de

financement de la sécurité sociale. Le montant des enveloppes anticipées pour créations de places a été fixé pour les exercices 2009 et 2010 à des montants identiques pour ces deux années : 36,7 millions d'euros au titre des établissements pour personnes âgées et 70 millions d'euros au titre des établissements pour personnes handicapées.

Concernant plus particulièrement les établissements et services relevant du champ de compétence de la CNSA, la caisse doit, depuis le 1^{er} janvier 2006, assurer la répartition équitable sur le territoire national du montant total des dépenses servant à la tarification des établissements et services après analyse des propositions interdépartementales.

Cette répartition est intervenue pour le secteur des personnes handicapées et des personnes âgées le 15 février 2008.

Une convention d'objectifs et de gestion signée en décembre 2005 a précisé les missions de la caisse à ce titre en établissant les obligations respectives de l'Etat et de la CNSA.

En particulier, la CNSA est chargée de mettre en place, avec le concours de l'Etat et de l'assurance maladie, un système d'information qui permette de mesurer et de suivre l'évolution des dépenses et d'analyser les écarts entre les objectifs et les réalisations (objectif 1-5 de la convention).

Un tel système d'information est indispensable dans un contexte d'évolution très dynamique des dépenses d'assurance maladie en faveur du secteur médico-social par rapport au rythme de progression des recettes afin de répondre à l'évolution quantitative et qualitative des besoins de la population.

La CNSA produit à ce titre mensuellement les données relatives à la dynamique des dépenses médico-sociales ainsi que celles relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et à la prestation de compensation du handicap.

Pour 2008, l'objectif de dépenses délégué à la CNSA est fixé à 14 266 millions d'euros compte tenu d'une contribution des régimes d'assurance maladie de 12 899 millions (11 791 millions pour 2007) et de 1 367 millions de produits prévisionnels de la CNSA (1 130 millions pour 2007).

Le montant des dépenses encadrées est quant à lui fixé à 14 524 millions d'euros.

Le montant de l'ONDAM médico-social et les dépenses encadrées ont évolué comme indiqué dans le tableau suivant.

**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
Année 2008	14 266	+ 10,4 %	14 524
<i>dont contribution de la CNSA</i>			1 367

Source : ministère du travail, des relations sociales, de la famille et des solidarités

L'article 50 du projet de loi fixe à 6,2 milliards d'euros l'ONDAM personnes âgées et 7,7 milliards d'euros l'ONDAM personnes handicapées pour 2008. L'ONDAM personnes âgées et personnes handicapées s'élève à 12,8 milliards dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (7 367 millions pour les personnes handicapées et 5 416 millions pour les personnes âgées) et 11,7 milliards dans celle pour 2007.

2. L'action en faveur des personnes âgées

Pour 2008, une enveloppe d'un montant 655,6 millions d'euros – en baisse de 1,2 % par rapport à la dotation de 663,4 millions prévue pour 2007 – a été dégagée. Elle a notamment permis de mener les actions suivantes :

- poursuivre la médicalisation des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;

- mener à bien l'achèvement du processus conventionnel et couvrir les engagements pris dans le cadre des conventions tripartites (122 millions d'euros) ;

- poursuivre la mise en œuvre des plans pluriannuels de créations de places et de structures au titre de 2008 et au titre de 2009 et 2010 dans le cadre des enveloppes anticipées ;

- poursuivre la mise en œuvre du plan Solidarité grand âge 2007-2012 lancé en juin 2006 qui comporte l'instauration de nouvelles règles tarifaires (notamment l'actualisation annuelle du groupe iso-ressources 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 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui constituent les pivots d'une politique active du maintien à domicile fondée sur le libre choix. A ce titre, les créations de places suivantes ont été financées en 2008 :

- environ 5000 places nouvelles d'EHPAD, soit le double des créations prévues par le plan Vieillesse et solidarités ;
- 2 125 places d'accueil de jour ;
- 1 125 places d'hébergement temporaire ;
- 6 000 places de services de SSIAD.

Ces créations représentent 1 750 places supplémentaires par rapport à la dernière tranche du plan « vieillesse et solidarités ». Le volume des créations de places financées en 2008 dans chacune de ces quatre catégories est identique à celui financé en 2007.

Pour 2009, la signature des conventions tripartite de deuxième génération se traduira par une hausse de 30 % en moyenne des effectifs médicaux et paramédicaux dans ces EHPAD. Cette augmentation représente 10 000 personnels soignants supplémentaires en 2009.

L'ONDAM personnes âgées de 2009 augmentera de 8,3 % (6,2 milliards d'euros par rapport à une base 2008 de 5,7 milliards). Il permettra de dégager 570 millions d'euros de mesures nouvelles bénéficiant aux personnes âgées (contre 650 millions en 2008 dont 250 millions financés par la nouvelle franchise médicale et spécifiquement destinés à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer).

Pour la troisième tranche annuelle du plan « solidarité grand âge », l'objectif général de dépenses (OGD) pour 2009, qui englobe l'ONDAM et l'apport de la CNSA au titre de la contribution solidarité autonomie, permet de créer le nombre de places suivant :

- 7 500 places nouvelles en EHPAD (dépense de 75 millions d'euros) ;
- 2 125 places d'accueil de jour intégrant la prise en charge du transport du domicile au service d'accueil de jour (dépense de 10,7 millions d'euros sur six mois) ;
- 1 125 places d'hébergement temporaire (dépense de 5,78 millions d'euros sur six mois).
- 6 000 nouvelles places de SSIAD (32 millions d'euros sur 6 mois).

En outre, 10 000 emplois supplémentaires de personnels soignants seront financés, ce qui représente une dépense de plus de 300 millions d'euros.

Des aides à l'investissement continueront d'être financées par la CNSA (*cf.* projets de budget ci-dessus) afin de contribuer à la mise en œuvre des créations de places ou de la médicalisation des EHPAD. Deux types de financements coexistant jusqu'en 2008 seront réunifiés à partir de 2009 : les contrats de plan Etat-régions et le plan d'aide à l'investissement de la CNSA.

3. L'action en faveur des personnes handicapées

Des crédits de 78,6 millions d'euros pour les enfants et adolescents handicapés (contre 61,9 millions pour 2007) et de 153,7 millions pour les adultes handicapés (165,3 millions pour 2007) sont prévus pour 2008 pour la mise en œuvre du plan pluriannuel de création de places lancé le 10 juin 2008 par M. Nicolas Sarkozy, président de la République, lors de la première Conférence nationale sur le handicap, et dont 2008 constitue donc la première année d'exécution.

Ces crédits ont permis *en 2008* :

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) (volume identique à celui financé pour 2007) ;

– la création 150 places en établissement pour polyhandicapés (contre 180 places en 2007) ;

– la création 300 places en établissement pour autistes (contre 250 places pour 2007) ;

– la création 300 places d'instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) (contre 120 places pour 2007) ;

– la création 12 centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) (contre 22 centres pour 207) ;

– la création 22 centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) (volume identique à celui financé pour 2007) ;

2° dans le cadre des plans adultes handicapés :

– la création de 2 100 places de SSIAD et de services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) (contre 2 500 places financées pour 2007) ;

– la création de 2 600 places en maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé (MAS/FAM) (volume identique à celui financé pour 2007).

Une enveloppe complémentaire de 11 millions d'euros est affectée à l'accueil temporaire (9 millions) et au handicap rare, comme en 2007.

Par ailleurs, dans le cadre de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes, une enveloppe de 11,6 millions d'euros est affectée à la médicalisation de 500 places de foyers de vie et foyers occupationnels.

Pour 2009, la mise en oeuvre du plan pluriannuel de créations de places dans les établissements et services pour personnes handicapées mobilisera près de 350 millions d'euros en mesures nouvelles. L'ONDAM personnes handicapées progressera de 4,7 % (7,7 milliards d'euros pour une base 2008 de 7,4 milliards).

Pour les enfants handicapés, la priorité continuera d'être donnée au développement de l'action précoce et au soutien à la scolarisation et à la prise d'autonomie :

– création de 15 nouveaux centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), pour un montant de 7,12 millions d'euros ;

– création de 50 places d'accueil temporaire, pour un montant de 2,03 millions d'euros ;

– création de 1 100 places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), pour un montant de 25,78 millions d'euros.

Une attention particulière sera portée au développement des services dédiés aux enfants autistes et déficients visuels. L'accent sera également mis sur le soutien aux familles des enfants les plus lourdement handicapés :

– création de 600 places d'instituts médico-éducatifs (IME) et d'instituts médico-professionnels (IMPRO) plus spécifiquement dédiées à des pathologies particulières :

- création de 300 places pour les enfants autistes, pour un montant de 15,26 millions d'euros ;
- création de 150 places pour les enfants polyhandicapés, pour un montant de 7,66 millions d'euros ;
- création de 150 places d'IME pour les enfants souffrant de déficience intellectuelle, pour un montant de 6,91 millions d'euros .

Enfin, des réponses diversifiées pour les enfants souffrant de troubles du comportement seront développées :

- création de 12 nouveaux centres médico-psychopédagogiques (CMPP), pour un montant de 4,07 millions d'euros ;
- création de 300 nouvelles places en instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), pour un montant de 14,59 millions d'euros.

Pour les adultes handicapés, le gouvernement souhaite accompagner l'avancée en âge des personnes les plus lourdement handicapées :

– en finançant la création de 2 600 places nouvelles en maisons d'accueil spécialisées (MAS) et en foyers d'accueil médicalisé (FAM), pour un montant de 107,06 millions d'euros ;

– en médicalisant 500 places de foyers de vie ou de foyers occupationnels, pour un montant de 11,76 millions d'euros. Un nombre « plancher » parmi ces places nouvelles sera fléché vers la prise en charge de quatre publics spécifiques :

- création de 400 places pour les adultes autistes ;
- création de 350 places pour les adultes polyhandicapés ;
- création de 45 places pour les personnes traumatisées crâniennes ou cérébrolésées ;
- création de 260 places pour les personnes handicapées psychiques.
- en finançant la création de 175 places d'accueil temporaire, pour un montant de 7,12 millions d'euros ;
- en finançant la création de 2 100 places de SSIAD et de SAMSAH, pour un montant de 28,38 millions d'euros. Un accent particulier sera mis, dans ce cadre, sur l'accompagnement des personnes handicapées psychiques, à travers la création de 500 places de SAMSAH dédiées à ce public.

B. 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 a été fixé à 324 millions d'euros pour 2008, soit 341,22 millions de dépenses autorisées (contre respectivement 298 millions et 315 millions pour 2007). Ces montants ont permis de financer en 2008 :

– 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 (volume identique à celui financé pour 2007) ;

– le renforcement ou la création des structures d'addictologie dans la cadre du Plan Addictions, s'agissant essentiellement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), qui se substitueront d'ici 2009 aux CSST et aux CCAA, et des communautés thérapeutiques ;

– la poursuite du plan de création de 1 000 places sur cinq ans (volume identique à celui financé pour 2007) dans le cadre des LHSS 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

Avec douze milliards d'euros en 2007, la branche « accidents du travail - maladies professionnelles » (AT-MP) pèse d'un poids modeste dans l'ensemble des dépenses des régimes de base de sécurité sociale puisqu'elle représente moins de 3 % de l'ensemble des dépenses consolidées de ces régimes.

La branche AT-MP couvre néanmoins plus de 18,6 millions de salariés (soit environ 70 % de la population active) qui travaillent dans plus de deux millions d'établissements de l'industrie, du commerce et des services, les travailleurs du secteur agricole, les indépendants, les fonctionnaires des trois fonctions publiques et les marins relevant de régimes spécifiques.

Au travers de ses trois missions complémentaires qui sont la prévention des risques, leur tarification et la réparation des risques, la branche AT/MP développe une gestion du risque professionnel au sein de laquelle la prévention tient une place toute particulière.

A. LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS DEMEURE LA MISSION PREMIÈRE DE LA BRANCHE

La prévention des risques professionnels est au cœur de la gestion du risque AT-MP. Elle vise à diminuer la fréquence et la gravité des accidents de travail et de trajet, ainsi que les maladies professionnelles.

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

L'analyse des statistiques technologiques des accidents du travail et des maladies professionnelles de l'année 2007 publiées par la direction des risques professionnels la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) relatives au seul régime général met en évidence une légère remontée des accidents du travail qui s'inscrit toutefois dans une baisse tendancielle sur le long terme et une croissance significative 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.

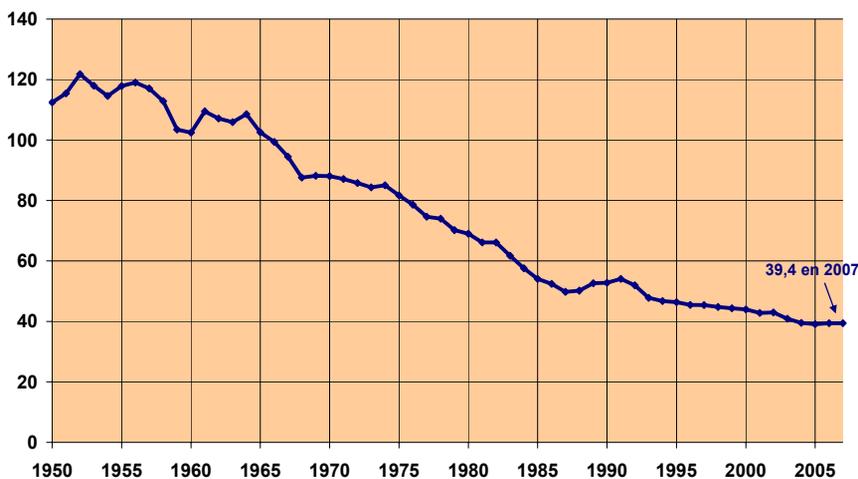
a) En diminution tendancielle sur le long terme, le nombre d'accidents du travail augmente légèrement en 2007

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, et une certaine stabilisation en 2006, on note aujourd'hui une légère augmentation du nombre des accidents du travail.

Évolution de l'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt de travail (pour mille salariés) depuis 1950



Source CNAMTS- Direction des Risques Professionnels /Statistiques technologiques

Après être descendu en dessous du seuil des 700 000 en 2004 et en 2005, le nombre d'accidents de travail avec arrêt est de plus de 720 000 en 2007.

L'année 2007 enregistre à la fois une augmentation de 2,8 % du nombre d'accidents du travail avec arrêt par rapport à l'année 2006 et une augmentation de l'activité salariée, avec une hausse des effectifs de 2,7 %. Ces hausses à des niveaux comparables conduisent à une stabilité de la fréquence des accidents de travail, qui s'établit à 39,4 (pour 1000 salariés) en 2007 pour la seconde année consécutive.

Après quatre années consécutives à la hausse depuis 2002, le nombre d'incapacités permanentes a enregistré une diminution importante en 2006 (- 10,4 % par rapport à 2005) et se stabilise en 2007 (- 0,4 % par rapport à 2006).

Inversement, après plus de quatre années consécutives à la baisse depuis 2002, avec une diminution importante en 2005 (- 24 %), le nombre de décès a augmenté en 2006 (+ 13,3 % par rapport à 2005) et en 2007 (+ 15,8 % par rapport à 2006).

**Évolution du nombre d'accidents de travail
pour les années 2004 à 2007***

	2004	2005	2006	2007
Nombre d'accidents avec arrêt	692 004	699 217	700 772	720 150
	<i>-4,1%</i>	<i>1,0%</i>	<i>0,2%</i>	<i>2,8%</i>
Nombre d'accidents avec IP	51 771	51 938	46 596	46 426
	<i>6,1%</i>	<i>0,3%</i>	<i>-10,3%</i>	<i>-0,4%</i>
Nombre de décès	626	474	537	622
	<i>-5,3%</i>	<i>-24,3%</i>	<i>13,3%</i>	<i>15,8%</i>
Indice de fréquence	39,5	39,1	39,4	39,4
	<i>-3,5%</i>	<i>-1,0%</i>	<i>0,7%</i>	<i>0,1%</i>

* en italique, taux d'évolution annuelle

Source CNAMTS- Direction des Risques Professionnels /Statistiques technologiques

Les accidents de plain-pied, les chutes de hauteur et les accidents survenus au cours d'une manipulation d'objets sont à l'origine de plus de 70 % des accidents du travail avec arrêt en 2006 et en 2007. La manipulation d'objets est la principale source d'accident : elle génère plus d'un tiers des accidents du travail avec arrêt (34,7 % en 2007) ; au sein des accidents ayant entraîné une incapacité permanente, elle reste au 1^{er} plan, avec une proportion de 31 % de l'ensemble des incapacités permanentes en 2007.

Si la part relative des accidents de travail routiers au sein des accidents mortels avait tendance à diminuer, ils demeurent toujours la principale cause de décès et voient leur part relative augmenter en 2007 (23,2 % des décès en 2007, 21,6 % en 2006).

Le secteur du BTP est le secteur qui enregistre, en 2007, le plus d'accidents ayant entraîné une incapacité permanente (9 621 incapacités permanentes) et le plus d'accidents mortels, avec un nombre de décès de 184 en 2007 contre 158 en 2006.

b) Après avoir notablement diminué, les accidents de trajet continuent d'augmenter

L'accident survenu à un salarié lors d'un déplacement entre son domicile et son lieu de travail est, sous certaines conditions considéré comme un accident de trajet. Il doit être intervenu au cours d'un déplacement professionnel entre le domicile et le lieu de travail, dans un temps normal, en principe sans détours ni interruptions.

Après avoir notablement diminué depuis 2002, le nombre d'accidents de trajet avec arrêt a augmenté pour les années 2005 à 2007, avec en 2007 une augmentation de 2,9 % par rapport à 2006.

Évolution du nombre d'accidents de trajet depuis 1995



Source CNAMTS- Direction des Risques Professionnels /Statistiques technologiques

Les accidents de trajet entraînant une incapacité permanente ont diminué entre 2004 et 2007.

Les accidents mortels ont également diminué entre 2004 et 2006, mais s'inscrivent à la hausse en 2007 avec 407 décès.

Évolution du nombre d'accidents de trajet pour les années 2005 à 2007*

	2005	2006	2007
Nombre d'accidents avec arrêt	82 965	83 022	85 442
		0,1%	2,9%
Nombre d'accidents avec IP	9 593	8 856	8 646
		-7,7%	-2,4%
Nombre de décès	440	384	407
		-12,7%	6,0%

* en italique, taux d'évolution annuelle

Source CNAMTS- Direction des Risques Professionnels /Statistiques technologiques

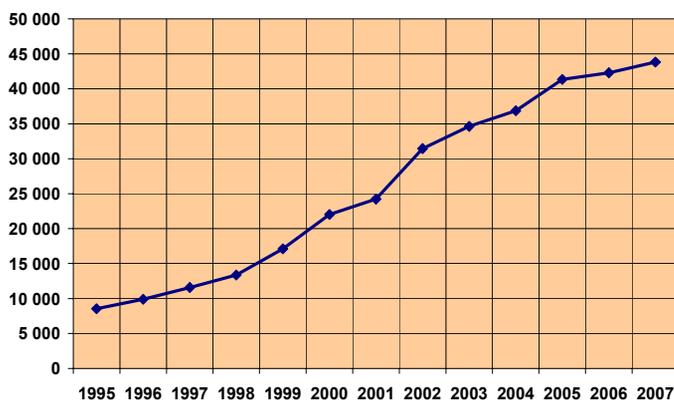
Le secteur des services et le travail temporaire enregistrent encore en 2007 le plus grand nombre d'accidents de trajet avec arrêt, d'accidents de trajet avec incapacité permanente et de décès.

c) Le nombre de 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.

Le nombre de maladies professionnelles reste en constante augmentation ; en 2006 et en 2007, la progression est relativement mesurée avec des taux d'évolution annuelle respectifs de +2,3 % en 2006 et de +3,6 % en 2007.

Évolution du nombre de maladies professionnelles depuis 1995



Source CNAMTS - Direction des risques professionnels /Statistiques technologiques

Le nombre de maladies professionnelles avec incapacité permanente a augmenté entre 2004 et 2006 mais se stabilise en 2007. Après une forte augmentation du nombre de décès en 2004, ceux-ci ont particulièrement diminué en 2005 (- 88 décès), et ont également diminué sur les années suivantes (- 5,3 % en 2006, - 10,1 % en 2007).

Évolution du nombre de maladies professionnelles (MP) pour les années 2005 à 2007

	2005	2006	2007
Nombre de MP avec arrêt	41 347	42 306	43 832
		2,3%	3,6%
Nombre de MP avec IP	21 507	22 763	22 625
		5,8%	-0,6%
Nombre de décès	493	467	420
		-5,3%	-10,1%

* en italique, taux d'évolution annuelle

Source CNAMTS- Direction des Risques Professionnels /Statistiques technologiques

Les affections articulaires représentent 70,7 % des maladies professionnelles avec arrêt de l'année 2007 (avec une part représentative au sein des maladies professionnelles avec arrêt croissant d'année en année).

Le nombre de maladies dues à l'inhalation de poussières d'amiante représente quant à elles 12,2 % des maladies professionnelles avec arrêt en 2007.

Les affections chroniques du rachis lombaire occupent toujours une part relativement importante, mais décroissante, des maladies professionnelles (6,4% des maladies professionnelles avec arrêt de l'année 2007).

Dénombrement et répartition des principales maladies professionnelles pour les années 2001 à 2007

N ° tableau et intitulé	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
57 Affections articulaires	15 912 65,7%	21 126 67,1%	23 672 68,3%	24 848 67,4%	28 278 68,4%	29 379 69,4%	30 968 70,7%
30 Affections provoquées par les poussières d'amiante	2 984 12,3%	3 939 12,5%	4 366 12,6%	4 831 13,1%	5 715 13,8%	5 864 13,9%	5 336 12,2%
98 Affections chroniques du rachis lombaire charges lourdes	1 798 7,4%	2 251 7,2%	2 260 6,5%	2 313 6,3%	2 260 5,5%	2 251 5,3%	2 406 5,5%
42 Affections provoquées par les bruits	494 2,0%	543 1,7%	632 1,8%	980 2,7%	1 198 2,9%	1 126 2,7%	1 214 2,8%
30 bis Cancers dus à l'amiante	370 1,5%	555 1,8%	652 1,9%	818 2,2%	821 2,0%	867 2,0%	956 2,2%
97 Affections chroniques du rachis lombaire vibrations	383 1,6%	424 1,3%	421 1,2%	410 1,1%	422 1,0%	411 1,0%	392 0,9%
79 Lésions chroniques du ménisque	171 0,7%	231 0,7%	254 0,7%	292 0,8%	299 0,7%	316 0,7%	360 0,8%
25 Pneumoconioses consécutives à l'inhalation de silice	235 1,0%	293 0,9%	281 0,8%	307 0,8%	288 0,7%	320 0,8%	347 0,8%
65 Lésions eczématiformes de mécanisme allergique	304 1,3%	365 1,2%	364 1,1%	351 1,0%	351 0,8%	315 0,7%	341 0,8%
66 Affections respiratoires de mécanisme allergique	255 1,1%	322 1,0%	309 0,9%	315 0,9%	292 0,7%	259 0,6%	249 0,6%
69 Affections dues par les vibrations machines-outils	172 0,7%	167 0,5%	187 0,5%	185 0,5%	182 0,4%	161 0,4%	154 0,4%
08 Affections causées par les ciments	202 0,8%	190 0,6%	199 0,6%	147 0,4%	160 0,4%	111 0,3%	118 0,3%
Ensemble des maladies professionnelles	24 220	31 461	34 642	36 871	41 347	42 306	43 832

Source CNAMTS - Direction des risques professionnels /Statistiques technologiques

2. La gestion du risque requiert une politique cohérente édictée et appliquée par tous les acteurs au sein desquels les partenaires sociaux sont étroitement impliqués

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

Certes spécifique, la branche AT-MP entretient pourtant et de longue date des liens très étroits avec la branche maladie. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a la responsabilité d'animer tout un réseau d'organismes et de coordonner les actions pour assurer la cohérence du dispositif.

● *Au niveau national*

Au sein de la CNAMTS, c'est la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CATMP) qui oriente les actions de la branche en s'appuyant sur les travaux et études juridiques, techniques, statistiques et médicaux réalisés par la direction des risques professionnels (DRP).

C'est la CATMP qui définit les orientations des politiques de prévention et d'assurance des risques professionnels. Il lui revient également d'assurer l'équilibre financier de la branche en votant chaque année le budget prévisionnel de la branche et en fixant le barème de cotisations applicables aux entreprises sur la base des propositions des neuf comités techniques nationaux (CTN) composés à parts égales de représentants des employeurs et des salariés et constitués par activité.

Outre leur rôle dans l'élaboration de la tarification, les neuf CTN assistent également la CATMP pour la définition des actions de prévention dans leur secteur d'activité. Ils élaborent ainsi des recommandations à partir des bonnes pratiques professionnelles qu'ils valident.

Sous l'autorité de la direction générale de la CNAMTS, le DRP élabore et met en œuvre la politique de gestion des risques. Elle apporte son concours à la direction déléguée aux opérations pour l'animation et le pilotage des réseaux du service médical, des caisses régionales et des caisses primaires d'assurance maladie.

Financé en quasi-totalité par la branche AT-MP, l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) apporte à celle-ci son expertise (études et recherche, assistance, formation et information).

● *Au niveau régional*

Les conseils d'administration des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) sont assistés, pour la gestion des risques AT-MP par des comités techniques régionaux (CTR) composés à parts égales de représentants des employeurs et des salariés qui développent et coordonnent la prévention des

risques professionnels, concourent à l'application des règles de tarification et à la fixation des taux et coordonnent les actions de réinsertion professionnelle.

Au niveau régional, le directeur coordonnateur de la gestion du risque pilote les actions du réseau local dans le domaine de la réparation en s'appuyant sur la direction régionale du service médical et les services de la caisse régionale.

- *Au niveau local*

Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et le service médical instruisent les déclarations d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de maladies professionnelles, assurent l'indemnisation des victimes et des ayants-droit et développent des actions de réinsertion professionnelle en liaison avec le service social et le service prévention de la CRAM.

b) L'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) est chargée d'évaluer les risques en milieu professionnel

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 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 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.

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 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 cancérigènes, 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 deux conférences sociales sur les conditions de travail.

d) Deux conférences sociales sur les conditions du travail ont relancé le dialogue social

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

• *La première conférence sociale sur les conditions de travail (4 octobre 2007)*

Les travaux de la première 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 soixante 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 a permis 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).

Par ailleurs, la conférence a souhaité la création d'un Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), se substituant au Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP) en matière d'avis sur les projets législatifs et réglementaires, qui coordonnerait les actions de prévention autour de priorités nationales et formulerait des propositions à son initiative. Le projet de décret vient d'être examiné par le Conseil d'Etat et le COCT pourrait être installé en janvier 2009.

Cette conférence a marqué le point de départ de négociations patronat-syndicats dans le cadre de la loi de janvier 2007 sur le dialogue social et a été suivie d'une deuxième conférence sur les conditions de travail qui s'est achevée le 27 juin 2008.

• *La deuxième conférence sociale sur les conditions de travail (27 juin 2008)*

Lors de la deuxième conférence gouvernementale sur les conditions de travail, le ministre du Travail, M. Xavier Bertrand a proposé aux partenaires sociaux de mener une négociation interprofessionnelle sur la réforme de la médecine du travail.

Il a par ailleurs annoncé le lancement d'une grande enquête sur le stress au travail. Conformément à ce que préconisait le rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail (mars 2008) de MM. Philippe Nasse, magistrat honoraire, et Patrick Légeron, médecin psychiatre, M. Xavier Bertrand a annoncé le lancement d'une grande enquête nationale sur le stress au travail, qui sera effectuée par l'INSEE. Il s'agira, à partir des résultats de cette enquête de mettre en place un indicateur global du stress. Les résultats de cette enquête devraient être disponibles avant l'été 2009.

Enfin, il a été décidé de retenir le principe d'un rythme semestriel pour les prochaines conférences tripartites sur les conditions de travail en fonction des besoins et de l'avancée des projets en cours.

B. LE DÉFICIT DE LA BRANCHE AT-MP S'EST FORTEMENT CREUSÉ EN 2007

Le fait caractéristique majeur de l'exercice 2007 réside dans la très forte dégradation du solde de la branche.

En effet, le compte de résultat de la branche AT-MP de l'exercice 2007 se caractérise par un déficit de 455 millions d'euros, soit 4,06 % de ses charges, faisant suite à un déficit de seulement 58,7 millions d'euros en 2006 (0,57 % des charges).

Comme le souligne le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2008, l'exercice 2007 a été marqué par une croissance des charges particulièrement soutenue : + 9,8 % contre 3,2 % en 2006. Les produits ont également été dynamiques (+ 5,8 % contre + 7,5 % en 2006) mais insuffisamment pour compenser l'accélération des charges, dont la forte évolution est due, pour l'essentiel, aux charges de gestion technique dont l'accroissement a été de 865,6 millions d'euros (+ 9,1 %).

Le déficit de la branche AT-MP s'est donc dégradé en conséquence de 400 millions d'euros entre 2006 et 2007.

1. La forte dégradation du solde de la branche AT-MP en 2007 est imputable à des corrections demandées par la Cour des comptes

Comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2008 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, « *la forte dégradation du solde de la branche est imputable en quasi-totalité à des corrections demandées par la Cour dans le cadre de la certification des comptes 2006, comptabilisées en 2007* ».

Deux facteurs principaux d'augmentation des charges sont ainsi à signaler.

a) La répartition des dépenses hospitalières avec la branche maladie a été corrigée

Les charges hospitalières se sont accrues de 209,7 millions d'euros, soit une évolution de 64,7 %, en raison de la correction apportée dans les comptes 2007 à la répartition des dépenses hospitalières entre la branche maladie et la branche AT-MP. Cette correction est intervenue en raison de la sous-estimation manifeste de ces dépenses que la Cour avait relevée au titre de la certification des comptes 2006.

La Cour avait en effet relevé qu'il existait un risque fort de non-imputation à la branche AT-MP de dépenses exécutées en établissements pour des soins

consécutifs à des accidents ou des maladies dont le caractère professionnel a été reconnu par les CPAM ⁽¹⁾. Ce risque que la Cour des comptes formulait déjà à titre d'hypothèse en 2002 ⁽²⁾ reposait alors sur deux constats.

En premier lieu, alors que les charges d'hospitalisation publique avaient augmenté de 6,2 % en 2006 pour le risque maladie, celles de la branche AT-MP avaient diminué de 9,5 %. La diminution de ces charges ne s'expliquait pas par une baisse particulière du nombre d'accidents du travail en 2006 et elle n'était pas cohérente ni avec l'augmentation du nombre des maladies professionnelles observé en 2006 comme au cours des années antérieures, ni avec le fait que les prestations en nature d'AT-MP exécutées en ville avaient augmenté de 3,8 %.

En second lieu, la répartition des charges d'hospitalisation entre les deux branches était dépourvue de cohérence. Elle variait en effet dans un rapport de un à cinq entre les CPAM sans justification claire des écarts.

Il y avait donc tout lieu de penser que cette situation s'expliquait par le fait que les établissements hospitaliers ne transmettaient pas au CPAM les informations appropriées sur la nature du risque (maladie ou AT-MP).

Cette sous-déclaration des soins prodigués au titre des AT-MP dans certains établissements a été évaluée, sur des bases pour l'instant seulement statistiques⁽³⁾, à 100 millions d'euros par an et sa correction a donc conduit à majorer les charges hospitalières de la branche AT-MP de 200 millions d'euros en 2007 (100 millions d'euros au titre de 2007 et 100 millions d'euros portant régularisation au titre de 2006).

b) La dépréciation des créances de la branche envers le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) a été prise en compte

La forte évolution des provisions pour gestion technique de la branche, qui ont augmenté de 167,5 millions d'euros (+ 54,9 %), s'explique essentiellement par le fait que la CNAMTS a intégralement déprécié comme l'avait demandé la Cour des comptes lors de la certification des comptes 2006, la créance de 88,7 millions d'euros qu'elle avait inscrite à la clôture de cet exercice à l'encontre du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

En effet, si au terme de ses vérifications, la Cour avait certifié qu'au regard des principes et règles comptables qui leur sont applicables, les comptes de la branche AT-MP étaient réguliers, sincères et donnaient dans leurs aspects significatifs une image fidèle de la situation financière et du patrimoine de la

(1) Cette situation est à distinguer de la non-reconnaissance des AT-MP qui donne lieu à la compensation prévue par les articles L. 176-1 et L. 176-2 du code de la sécurité sociale.

(2) « La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles », rapport public particulier, février 2002.

(3) La CNAMTS procède à une correction visant à porter le taux d'accidents du travail parmi les soins prodigués au niveau de la moyenne nationale constatée sur les autres établissements.

branche, elle avait néanmoins formulé certaines réserves, en estimant notamment que le traitement comptable de la créance de la CNAMTS sur le FCAATA n'était pas approprié.

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

La CNAMTS avait considéré que cette charge était indue et avait comptabilisé dans ses comptes une créance de près de 90 millions d'euros sur le FCAATA. Une créance d'un même montant avait 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'avait pas été fait.

C'est pourquoi une provision de 150 millions d'euros a été portée au compte 2007 de la branche AT-MP au titre de la reprise des déficits 2006 et 2007 du FCAATA, contribuant ainsi à l'accélération des charges.

2. Les fonds destinés à la prise en charge des victimes de l'amiante constituent toujours une part importante des charges 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 en effet 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 1 115 millions d'euros en 2007. Le poids du financement de ces deux fonds pèse globalement sur la branche AT-MP qui supporte environ 90 % des dépenses.

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 2009, l'article 67 du projet de loi propose en conséquence de fixer le montant de la contribution de la branche AT-MP au FCAATA à 880 millions d'euros (soit 30 millions de plus qu'en 2008) et celle versée au FIVA à 315 millions d'euros (inchangé par rapport à 2008).

3. Le solde de la branche devrait devenir excédentaire en 2008 pour la première fois depuis 2001

D'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2008, le résultat de la branche AT-MP devrait s'améliorer de près de 800 millions d'euros en 2008 pour s'établir à un solde positif de 389 millions d'euros.

Sous les effets simultanés d'un recul des charges nettes et de l'accélération des recettes, le solde devrait redevenir excédentaire en 2008 pour la première fois depuis 2001.

S'agissant des charges, leur légère diminution résulterait en premier lieu de l'atténuation des facteurs de charges exceptionnels constatés en 2007. Ainsi, la provision au titre du FCAATA devrait se monter à 19 millions d'euros en 2008 contre 150 millions d'euros inscrits en 2007 et la correction portant sur les dépenses hospitalières ne devrait plus être que de 100 millions d'euros en 2008 contre 200 millions d'euros en 2007. Par ailleurs les autres charges devraient ralentir, les dotations au fonds amiante croissant de + 4,5 % contre 9,8 % en 2007.

D'un autre côté, le dynamisme des recettes devrait être porté par une masse salariale dynamique et par la suppression d'une partie des exonérations accidents du travail. En particulier, la suppression des exonérations non compensées devrait augmenter mécaniquement les cotisations de la branche AT-MP d'un montant estimé à 180 millions d'euros, ce qui améliorerait le solde de la branche d'autant.

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

L'article 54 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, a invité les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés, représentatives au plan national et interprofessionnel, *«dans le délai d'un an après sa publication, à soumettre au Gouvernement et au Parlement des propositions de réforme de la gouvernance de la branche accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que, le cas échéant, d'évolution des conditions de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et maladies professionnelles»*.

Dans ce cadre, les partenaires sociaux ont souhaité mieux définir la gouvernance de la branche AT-MP et ont souhaité mettre l'accent sur le caractère préventif du système AT-MP.

Par ailleurs, le groupe de travail dirigé par M. Jean Le Garrec a formulé en avril 2008 des propositions pour une réforme de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA).

1. 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 consacre la volonté d'identifier mieux la branche AT-MP au sein de la CNAMTS et d'affirmer le rôle des partenaires sociaux. Il 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 68 du présent projet de loi fixe ainsi ce montant à 710 millions d'euros.

c) Certaines des évolutions de la gouvernance de la branche appellent maintenant des mesures législatives

Compte tenu de l'importance de ces sujets, le ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité a demandé, en janvier 2008, au directeur de la sécurité sociale de procéder à une consultation des partenaires sociaux en vue de la transposition de l'accord précité dans la branche AT-MP, à l'issue de laquelle un rapport lui a été remis en juin 2008. Il ressort des conclusions de ce rapport que l'ensemble des partenaires sociaux considèrent que, si quelques mesures relèvent d'une transposition législative, la plupart d'entre elles sont déjà traduites en termes législatifs ou réglementaires ou relèvent de mesures internes à la branche.

Ainsi, pourraient être intégrées dans la future convention d'objectifs et de gestion (COG) 2009-2012, les mesures relatives :

– au renforcement des synergies entre branches maladie et AT-MP, à la clarification des relations et à la transparence sur les moyens alloués ;

– au renforcement de la coordination du réseau, notamment par la formalisation des relations avec l'INRS ;

– au développement de partenariats avec les acteurs de la prévention.

Cependant, certaines des évolutions de la gouvernance de la branche prévues par l'accord des partenaires sociaux appellent toutefois des mesures législatives. Il s'agit en particulier de la définition des missions du directeur des risques professionnels (DRP), des conditions de sa nomination ou encore de l'organisation régionale et locale des caisses.

Toutefois, au regard de la jurisprudence du Conseil constitutionnel relative aux cavaliers sociaux, ces mesures doivent être considérées comme étrangères au domaine des lois de financement de la sécurité sociale et ne sont donc pas introduites dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

2. Les partenaires sociaux ont souhaité 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 qui comporte des avancées importantes dans chacun de ces domaines tout en préservant les principes fondateurs de la branche.

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 M. 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) Certaines dispositions de l'accord sur la réparation et la prévention trouvent une traduction législative dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

Au titre de la réparation et de la prévention, trois mesures sont intégrées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Il s'agit :

– de la proposition de réduire le reste à charge des victimes d'AT-MP pour certaines dépenses de santé en lien avec leur accident du travail ou leur maladie professionnelle en appliquant un coefficient multiplicateur à la base de remboursement de celles-ci : en effet, le faible pourcentage du taux de prise en charge de certaines prestations (notamment prothèses dentaires et auditives, frais d'optique, dispositifs médicaux individuels tels que fauteuils roulants pour handicapés) s'explique par le décalage existant entre leur prix de vente ou leur tarification et leur base de remboursement.

– du renforcement des mesures de réinsertion professionnelle des victimes d'AT-MP en cours d'arrêt de travail : en cas de suspicion de risque d'invalidité, le salarié pourrait, avec l'accord de la caisse primaire, accéder à des actions de formation professionnelle de nature à faciliter sa réinsertion, tout en continuant à percevoir les indemnités journalières.

– du renforcement de la réparation des victimes d'AT-MP : en cas d'invalidité du salarié et dans l'attente de la décision de l'employeur de le reclasser ou de le licencier, le salarié pourrait continuer à bénéficier des indemnités journalières qu'il percevait durant son arrêt de travail.

3. Le groupe de travail sur la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante a formulé des propositions pour une réforme de l'allocation de cessation anticipée d'activité

A l'issue de trois mois de concertations menées avec les partenaires sociaux, les représentants de l'Etat, les associations, les accidentés du travail et la Caisse nationale d'assurance maladie, M. Jean Le Garrec a remis à M. Xavier Bertrand, le 24 avril 2008, un rapport proposant de réformer le dispositif de cessation d'activité anticipée des travailleurs de l'amiante.

Jugeant inéquitable le dispositif actuel, ce rapport souligne la nécessité de l'ouvrir désormais aux salariés selon leur métier et non plus en fonction de leur entreprise. En effet, la gestion du dispositif par listes d'établissements a conduit à

exclure de nombreux salariés, comme les sous-traitants et les intérimaires, pourtant exposés aux mêmes risques.

Pour rendre le dispositif plus juste, le rapport propose de mettre en place à partir de 2010, une approche par métiers qui connaissent le risque amiante, en inscrivant dans la loi « *le principe selon lequel les salariés exerçant, ou ayant exercé, un des métiers figurant dans une liste arrêtée par le Gouvernement pourront demander à percevoir l'allocation* ». Ainsi, des métiers comme ouvriers de production non qualifiés travaillant par formage du métal, chaudronniers-tôliers industriels, opérateurs qualifiés du travail en forge ou plombiers chauffagistes qualifiés, jusque-là exclus du dispositif, pourraient être pris en compte.

Le rapport propose également qu'un comité d'experts soit chargé tous les ans de signaler au Gouvernement les évolutions des connaissances scientifiques qui pourraient justifier une modification de la liste des métiers.

Enfin, le rapport préconise que l'Etat et les entreprises augmentent leur participation au financement pour instaurer une participation équitable. Aujourd'hui le financement du FCAATA est supporté à plus de 93 % par la branche accidents du travail et maladies professionnelles contre une participation de 8 % pour l'Etat et les entreprises.

D. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009 APORTE DES AMÉLIORATIONS NOTABLES EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prend délibérément le parti de donner une priorité aux victimes d'accidents du travail en améliorant la réparation à laquelle ils ont droit et en favorisant leur réinsertion professionnelle.

1. D'importantes propositions de l'accord des partenaires sociaux du 12 mars 2007 relatif à la prévention, à la tarification et à la réparation des risques professionnels sont transposées dans la loi

À la suite de consultations bilatérales des partenaires sociaux au cours du premier semestre 2008, plusieurs mesures de transposition de leur accord de mars 2007 ont déjà été prises en compte. Ainsi, une grande partie de ces mesures, relative à la prévention et à la tarification, sera inscrite dans la future convention d'objectifs et de gestion (COG) que l'État conclura d'ici à la fin de l'année avec la branche AT-MP.

S'agissant de la réparation, le PLFSS propose toutefois de transposer dans la loi deux mesures d'importance issues de l'accord des partenaires sociaux.

L'article 65 améliore en premier lieu en faveur des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles la prise en charge de certains frais

paramédicaux. En effet, si la branche AT-MP prend déjà en charge l'ensemble des frais des produits et prestations liés à l'accident du travail, la base de prise en charge est limitée aux tarifs de responsabilité applicables si bien qu'il existe un décalage important entre le prix de vente de ces matériels ou la tarification pratiquée pour les prestations et leur base de remboursement. Certaines prestations, notamment les prothèses dentaires et auditives, les frais d'optique et les dispositifs médicaux individuels tels que les fauteuils roulants pour handicapés sont ainsi faiblement pris en charge. Pour remédier à cet inconvénient pour les victimes, il est proposé de réduire le reste à charge des victimes en appliquant à ces produits et prestations un coefficient de majoration sur les tarifs remboursables de base.

En second lieu, l'article 66 du projet de loi propose de maintenir le versement des indemnités journalières (IJ) entre la date de reconnaissance de l'inaptitude et la date de mise en oeuvre de la décision de l'employeur concerné de reclasser dans l'entreprise ou de licencier le salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Pendant ce délai d'un mois maximum, la victime ne recevait jusqu'ici ni IJ, ni salaire, ni indemnité chômage. Alors que les partenaires sociaux avaient souhaité la mise en place durant ce délai d'une allocation spéciale, le projet de loi préfère la solution du maintien sous conditions de l'IJ perçue durant l'arrêt de travail.

2. Le dispositif en faveur de la réinsertion professionnelle est renforcé

L'expérience a montré que plus les difficultés de reprise du travail sont identifiées tôt par le service médical, le service social, la caisse primaire ou le médecin du travail, plus il est possible d'anticiper des solutions et d'agir efficacement pour la reconversion d'un salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

L'article 66 du projet de loi de financement de la sécurité sociale propose en conséquence de maintenir le versement des IJ à une victime qui demande, après avis du médecin-conseil, à accéder à des actions de formation professionnelle pendant son arrêt de travail. Le fait de bénéficier d'actions de formation menées le plus en amont possible est en effet de nature à renforcer les mesures de réinsertion des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles menacées d'inaptitude.

3. Le financement des fonds destinés aux victimes de l'amiante est assuré

L'article 67 du projet de loi de financement de la sécurité sociale assure la continuité de la prise en charge des victimes de l'amiante qui s'est traduite par la création de deux fonds spécifiques : le Fonds de cessation anticipée des travailleurs amiante (FCAATA), 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, et le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), créé afin d'indemniser les victimes de maladies professionnelles liées à l'amiante.

Ainsi, le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 880 millions d'euros au titre de l'année 2009 tandis que celui destiné au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 315 millions d'euros.

Par ailleurs, le même article supprime la contribution des entreprises au financement du FCAATA, qui a été créée par l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Outre le faible rendement de cette contribution (de l'ordre de 30 millions d'euros par an au lieu des 120 millions d'euros attendus), son recouvrement présentait de grandes difficultés d'identification des entreprises redevables et au-delà, lorsque celles-ci étaient identifiées, de nombreux contentieux générés par leur incompréhension de devoir assumer les conséquences d'une charge résultant de reprises successives d'établissements anciens.

Plus fondamentalement, elle constituait surtout un obstacle majeur à la reprise de l'activité des sociétés en redressement ou en liquidation judiciaire et à la transmission. En effet, si les entreprises placées en redressement ou en liquidation judiciaire en étaient exonérées, les entreprises qui n'étaient pas elles-mêmes en redressement ou en liquidation judiciaire et qui reprenaient un établissement placé en redressement ou en liquidation judiciaire restaient redevables de la contribution au titre de l'établissement repris. Dès lors, cette contribution était économiquement contreproductive puisqu'elle était un obstacle majeur à la reprise et à la transmission des entreprises inscrites sur les listes du FCAATA et pesait ainsi gravement sur l'emploi dans des secteurs ou des zones géographiques souvent déjà fortement sinistrés.

En conséquence, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 la remplace par une augmentation à due concurrence de la dotation de la branche AT-MP afin que sa suppression n'ait pas d'impact sur les comptes du FCAATA.

4. Le phénomène de sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles est mieux pris en compte

Dans son rapport remis au Parlement en juillet dernier, la commission prévue à l'article L.176-2 pour évaluer le montant annuel résultant de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles a confirmé, sur le fondement d'études récentes, qu'un nombre important de victimes ne déclarent pas leur maladie, que cette situation soit le fait de la méconnaissance par la victime de ses droits ou de l'origine professionnelle de son affection,

d'appréhensions au regard de l'emploi, ou de la complexité voire du caractère forfaitaire de la procédure de prise en charge par la sécurité sociale.

Dans le champ des accidents du travail, les pratiques de certains employeurs visant à ne pas déclarer certains accidents, notamment des accidents bénins, ont été également rapportées à la commission. La commission a également relevé que les acteurs du système de soins (médecins de ville, établissements de santé, médecine du travail) pouvaient également, à des degrés divers, contribuer à cette sous-déclaration.

Au terme de ses travaux, la commission a évalué la sous-déclaration des AT-MP dans une fourchette comprise entre 564,7 millions d'euros et 1 015,1 milliards d'euros.

Pour tenir compte de ces nouvelles préconisations, le projet de loi de financement de la sécurité sociale augmente la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie à 710 millions d'euros afin de tenir plus justement compte des phénomènes de sous-déclarations.

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

La commission a examiné les articles relatifs à la branche assurance maladie, accidents du travail, maladies professionnelles sur le rapport de M. Jean-Pierre Door, au cours de ses séances des mardi 21 et mercredi 22 octobre 2008.

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2008

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 5

Rectification des montants des dotations du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)

Cet article a pour objet de rectifier le 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 (FMESPP), du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

1. La participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

a) Les missions actuelles du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

Le statut et les missions du FMESPP sont définis par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), modifié à plusieurs reprises.

La rédaction initiale de cet article a institué un fonds de modernisation sociale des établissements de santé (FMSES), qui s'est substitué au fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FAMSO) qu'avait créé l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997) pour financer l'accompagnement

social des opérations de modernisation des établissements publics de santé et des établissements privés à but non lucratif, par des aides destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels. L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001) a prévu que le fonds de modernisation sociale des établissements de santé (FMSES) puisse financer également des dépenses d'investissement et soit dénommé « fonds de modernisation des établissements de santé » (FMES).

Par ailleurs, l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999) avait créé un fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP), destiné à financer des opérations concourant à l'adaptation de l'offre de soins dans les établissements de santé privés à but lucratif.

L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 (loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002) a transféré, à compter du 1^{er} janvier 2003, les obligations et créances du FMCP au FMES, auquel il a donné la dénomination de « fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés » (FMESPP).

Selon l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, précisé par l'article 8-1 du décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001, le FMESPP finance, par des subventions ou des avances remboursables, des opérations de modernisation et de restructuration ayant fait l'objet d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) compétent, fixant le montant de la subvention ou de l'avance, dans le respect du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

Ainsi, le II de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 prévoit que le FMESPP finance des actions d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation de ces établissements. Il s'agit :

– des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) négociés entre les responsables d'établissements et les organisations syndicales représentatives ;

– d'actions de modernisation sociale, notamment celles figurant dans le volet social des contrats d'objectifs et de moyens des établissements ;

– d'aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de restructuration, notamment des indemnités de départ volontaire, des actions de reconversion professionnelle ou des aides à la mobilité.

Le III de l'article 40 précité de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 dispose aussi que le FMESPP finance des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé et des groupements de coopération

sanitaire dans le cadre d'opérations de modernisation, de restructuration de ces établissements ou de réorganisation de l'offre de soins. À ce titre, le FMESPP contribue au financement du plan « Hôpital 2012 », par des subventions et des avances remboursables d'un montant total de 1,2 milliard d'euros. De même, il participe pour 50 millions d'euros au programme de relance de l'investissement hospitalier prévu dans le cadre du plan « Psychiatrie et santé mentale » 2006-2010.

On signalera que le FMESPP est aussi chargé de verser aux établissements de santé les sommes dues au titre des dépenses évitées par la mise en œuvre des accords-cadres visant à améliorer les pratiques hospitalières, conclus soit au niveau national entre l'État, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les fédérations hospitalières représentatives des établissements de santé, soit au niveau local entre un établissement et une ARH.

Enfin, les III *ter* et III *quater* du même article prévoient que le FMESPP prend en charge les frais de fonctionnement de plusieurs missions nationales d'appui aux établissements :

– la mission sur la tarification à l'activité (MT2A), qui a été chargée de concevoir et d'expérimenter les modalités de financement des activités de soins des établissements de santé, puis de proposer les mesures réglementaires et techniques nécessaires à la généralisation de la tarification à l'activité (T2A) ;

– la mission d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), chargée d'appuyer les maîtrises d'ouvrages hospitalières dans le cadre de la relance de l'investissement hospitalier organisée par les plans « Hôpital 2007 » puis « Hôpital 2012 » ;

– la mission d'expertise et d'audits hospitaliers (MEAH), chargée de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation des établissements et à diffuser les bonnes pratiques qui en ressortent.

On notera d'ailleurs que l'article 40 du présent projet de loi propose de regrouper la MAINH et la MEAH au sein d'une agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

b) Révision du montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FMESPP

L'article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007) a fixé à 301 millions d'euros la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FMESPP.

Or l'exposé des motifs du présent article indique qu'il y a un décalage croissant entre le montant des crédits engagés chaque année par les ARH sur ce fonds, et les sommes effectivement décaissées par la Caisse des dépôts et consignations. En effet, il est fréquent que des crédits non décaissés au titre d'un exercice annuel soient reportés sur l'exercice suivant, car la procédure d'utilisation

des crédits du FMESPP est longue : selon l'annexe 8 au présent projet de loi, elle dure en moyenne un an ou deux. Aussi, les dotations annuelles du FMESPP pour les exercices 2004 à 2007 n'étaient toujours pas décaissées en totalité au 31 décembre 2007, comme l'indique le tableau ci-dessous.

CONSOMMATION DES DOTATIONS ANNUELLES DU FMESPP AU 31 DÉCEMBRE 2007

(en millions d'euros)

	Dotation fixée en LFSS	Total payé au 31 décembre 2007	Solde au 31 décembre 2007	Montant pour lequel il n'y aura probablement plus de décaissement
2004	470	378	92	92
2005	405	338	67	60
2006	327	186	141	42
2007	376	75	301	18

Source : annexe 8 au projet de loi.

Le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2008 indique que fin 2007, le FMESPP disposait ainsi de 552,1 millions d'euros de crédits non consommés.

Selon les explications fournies à votre rapporteur, le gouvernement considère qu'une partie des dotations du FMESPP pour les exercices 2004 à 2007 ne fera vraisemblablement plus l'objet de demandes de décaissement. De ce fait, ces crédits redeviennent libres d'engagement et sont reportés sur les exercices 2008 et 2009, ce qui permet de réduire d'autant la dotation du FMESPP pour ces années.

La mobilisation de ces crédits a d'ailleurs permis d'opérer courant 2008 un gel de 100 millions d'euros sur la dotation du FMESPP votée pour 2008. En conséquence, une réduction de la dotation 2008 du FMESPP pour un montant équivalent ne remettrait pas en cause les engagements pris par les ARH.

C'est pourquoi le **I** du présent article propose de modifier à l'article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 le montant de la dotation du FMESPP pour 2008, en la réduisant de 301 à 201 millions d'euros.

2. La dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

a) Les actions financées par le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) a été institué par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006). Selon l'article

L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de cette loi, le FIQCS est chargé 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 mêmes professionnels ou à des centres de santé ;

– financer 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 ;

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

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

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

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

Le FIQCS est issu de la fusion de deux fonds dont il reprend les missions :

– la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) ;

– le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

Le FIQCS est géré par un comité national de gestion associant des représentants de l'État et du collègue des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), sous le contrôle d'un conseil national de la qualité et de la coordination des soins, composé de représentants du conseil de l'UNCAM, des professionnels de santé, des fédérations d'établissements de santé et médico-sociaux et de personnalités qualifiées. Il dispose également dans chaque région de conseils régionaux de la qualité et de la coordination des soins.

Les deux tiers des crédits du FIQCS, soit 236,5 millions d'euros en 2008, sont délégués aux missions régionales de santé, constituées entre les URCAM et les ARH en application de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale pour exercer les compétences conjointes à ces deux institutions. Le tiers restant, soit 118,5 millions d'euros, sert à financer des actions de portée nationale ou interrégionale.

L'article L. 221-1-1 précité prévoit que les ressources du FIQCS sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

b) Révision du montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FIQCS

L'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a fixé à 301 millions d'euros le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FIQCS pour 2008.

Il apparaît cependant que ces crédits sont sous-consommés, notamment pour leur part destinée à financer des actions nationales ou interrégionales.

Selon l'exposé des motifs du présent article, cette sous-consommation s'explique par les retards pris dans la mise en œuvre du DMP et des expérimentations relatives à la rémunération de la permanence des soins.

En effet, le conseil national de la qualité et de la coordination des soins avait prévu de consacrer 82 millions d'euros en 2008 à la poursuite des études et travaux liés à création du DMP, couvrant notamment l'intégralité des dépenses de fonctionnement du groupement d'intérêt public chargé de le mettre en œuvre (GIP-DMP) ainsi que des actions visant à permettre l'interopérabilité des systèmes d'informations en santé sur la base des spécifications définies pour le DMP.

Or, le calendrier de mise en œuvre du DMP a été marqué par des retards, dont le rapporteur a analysé les causes dans un récent rapport d'information ⁽¹⁾. À la suite d'une revue de projet et d'une mission de relance du DMP, dont le rapport a été publié en avril 2008, ce calendrier a été étalé dans le temps : un nouveau calendrier, échelonné jusqu'en 2012, a été adopté en juin 2008. En conséquence, le GIP-DMP n'a pas consommé en 2008 la totalité de la dotation que le FIQCS avait prévu de lui consacrer (cf. tableau ci-après).

Évolution du budget du GIP-DMP de 2005 à 2008

	2005	2006	2007	2008
Premier budget voté	18,14	103,85	119,82	32,02
Budget définitif	16,56	36,30	22,58	
Exécuté	6,10	24,46	22,46	9,44 *
Total des recettes	6,25	26,26	22,91	15,03 *
<i>dont : financement FAQSV / FIQCS</i>	5,33	25,98	22,43	15,00 *
<i>Prêt Caisse des dépôts</i>	0,90	0,00	0,00	0,00

* Au 31 juillet 2008

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

⁽¹⁾ Rapport d'information n° 659 présenté par M. Jean-Pierre Door au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le dossier médical personnel (DMP), janvier 2008.

Selon les estimations fournies au rapporteur par le ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, il en résulterait pour le FIQCS une économie de 50 millions d'euros environ.

De plus, l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a prévu d'autoriser les missions régionales de santé à expérimenter à compter du 1^{er} janvier 2008 de nouveaux modes d'organisation et de rémunération de la permanence des soins, précisant qu'à cette fin, les missions régionales de santé (MRS) se voient déléguer par le FIQCS les crédits nécessaires. C'est pourquoi le conseil national de la qualité et de la coordination des soins avait prévu de consacrer 30 millions d'euros en 2008 à la conduite de ces expérimentations.

Cependant, pour fixer les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, l'article 44 précité renvoie à un décret qui n'a pas encore été pris à ce jour. Ce retard contribue à expliquer la sous-consommation de l'enveloppe du FIQCS destinée à soutenir ces expérimentations.

Selon le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2008, 70 millions d'euros ont déjà été gelés en 2008 sur les crédits du FIQCS.

C'est pourquoi le **II** du présent article prévoit de modifier, à l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FIQCS pour 2008, en l'abaissant de 301 à 231 millions d'euros pour tenir compte de la sous-consommation des crédits de ce fonds en 2008.

3. La participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)

a) Les missions de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)

L'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) est institué par l'article L. 3135-1 du code de la santé publique, inséré par la loi n°2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur.

L'EPRUS a repris les biens, droits et obligations du fonds de prévention des risques sanitaires (FOPRIS) créé par l'article 97 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006).

Suivant de l'article L. 3135-1 précité, l'EPRUS – comme le FOPRIS avant lui – est un établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre de la santé. Ce statut lui permet de recevoir des régimes d'assurance maladie une contribution d'un montant fixé chaque année par la loi. En effet, entre 2002 et 2006, ces régimes ont participé au financement de la

préparation aux urgences sanitaires par le biais d'un fonds de concours créé par l'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001) en vue de l'achat, du stockage et de la livraison par l'État de traitements pour les pathologies résultant d'actes terroristes, mais dans sa décision n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005 relative à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Conseil constitutionnel a jugé qu'un tel prélèvement, en raison de son caractère obligatoire, ne figurait pas parmi les recettes qui peuvent abonder un fonds de concours.

L'article L. 3135-1 du code de la santé publique définit aussi les missions de l'EPRUS :

– Il assure la gestion administrative et financière du corps de réserve sanitaire institué par l'article L. 3132-1 du même code pour compléter, en cas de besoin, les moyens habituels consacrés à la sécurité civile en vue de répondre aux situations de catastrophe, d'urgence ou de menaces sanitaires graves, qui pourraient résulter par exemple d'une attaque bioterroriste.

– À la demande du ministre chargé de la santé, il acquiert, fabrique, importe et exporte les produits et services nécessaires à la protection de la population face à ces menaces. C'est à ce titre par exemple que l'EPRUS constitue des stocks de masques respiratoires en vue d'une éventuelle pandémie de grippe aviaire.

– Il peut financer des actions de prévention des risques sanitaires majeurs.

– À la demande du ministre chargé de la santé, il acquiert, fabrique, importe et exporte des médicaments, dispositifs médicaux ou dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* « répondant à des besoins de santé publique, thérapeutiques ou diagnostiques, non couverts par ailleurs, qui font l'objet notamment d'une rupture ou d'une cessation de commercialisation, d'une production en quantité insuffisante ou lorsque toutes les formes nécessaires ne sont pas disponibles ». À cette fin, l'article L. 3135-1 précité prévoit que l'EPRUS ouvre en son sein un établissement pharmaceutique soumis au contrôle de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). À ce titre, l'établissement constitue notamment des réserves de vaccins contre la méningite.

L'article L. 3135-4 du code de la santé publique énumère les ressources de l'EPRUS :

– des taxes prévues à son bénéfice ;

– des redevances pour services rendus ;

– le produit des ventes des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves ;

– des reversements et remboursements effectués par les établissements de santé et par les professionnels libéraux qui auraient bénéficié du renfort de membres de la réserve sanitaire ;

– une contribution à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ;

– des subventions, notamment de l'État ;

– des produits divers, dons et legs ;

– des emprunts.

b) Révision du montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'EPRUS

L'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a fixé à 75 millions d'euros le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'EPRUS.

L'article 3135-4 du code de la santé publique dispose que le montant de cette participation ne peut excéder 50 % des dépenses engagées par l'EPRUS pour acquérir, fabriquer, importer et exporter, à la demande du ministre chargé de la santé, les produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves.

Or, d'après l'exposé des motifs du présent article, les engagements budgétaires pris à ce titre par l'EPRUS en 2008 n'ont pas nécessité d'utiliser l'ensemble des crédits de paiement disponibles, au point que la dotation prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 pourrait excéder 50 % de ces dépenses.

C'est pourquoi le **II** du présent article envisage de modifier à l'article 78 de cette loi le montant de cette dotation, pour le ramener de 75 à 55 millions d'euros.

Article 8

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

Cet article vise à rectifier le montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2008.

L'article L. O. 111-3 du code de la sécurité sociale, créé par la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, dispose en effet que dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la loi de financement de la sécurité sociale rectifie

l'ONDAM de l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que leurs sous-objectifs ayant été approuvés dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale.

L'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007) a fixé l'ONDAM à 152 milliards d'euros pour l'année 2008, soit 2,8 % de plus qu'en 2007 à périmètre constant.

À partir des données en droits constatés couvrant l'exercice 2007 et les cinq premiers mois de l'année 2008, ainsi que des données en date de remboursement concernant les trois mois suivants, le rapport fait par le gouvernement à la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2008 procède à une actualisation de la prévision des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM pour l'année 2008.

Ces dépenses sont désormais évaluées à 152,8 milliards d'euros environ, soit 750 millions d'euros de plus que le montant de l'ONDAM initialement fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Ainsi, les dépenses dans le champ de l'ONDAM connaîtraient une croissance de 3,3 % en 2008, comme le montre le tableau ci-après.

Evolution de l'ONDAM entre 2007 et 2008

(à champ constant)

Milliards d'euros courants	Construction ONDAM 2008			Prévision (Septembre 2008)			
	Sous-objectifs arrêtés	Taux d'évolution LFSS (iii)	Taux cibles actualisés (ii)	Base 2008 réactualisée (i)	Montant	Taux d'évolution	Écart à l'objectif
Arrondis à 100 M€							
ONDAM soins de ville	70,6	1,9 %	1,4 %	69,6	71,5	2,8 %	0,9
ONDAM hospitalier	67,6	3,1 %	3,4 %	65,4	67,5	3,2 %	-0,1
Établissements de santé tarifés à l'activité	48,8	3,2 %	3,4 %	47,3	48,9	3,4 %	0,0
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,7	2,9 %	3,5 %	18,1	18,6	2,7 %	-0,1
ONDAM médico-social	12,9	6,4 %	6,5 %	12,1	12,9	6,5 %	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissement et services pour personnes âgées	5,5	8,0 %	8,0 %	5,1	5,5	8,0 %	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissement et services pour personnes handicapées	7,4	5,3 %	5,4 %	7,0	7,4	5,4 %	0,0
Autres prises en charge	0,9	2,0 %	10,4 %	0,8	0,9	2,2 %	-0,1
ONDAM TOTAL	152,0	2,8 %	2,8 %	147,9	152,8	3,3 %	0,8

NB : La base 2008 (colonne i) présente les dépenses de 2007 ramenées au périmètre de l'ONDAM 2008 et tient compte des dernières données comptables disponibles. Les différences d'évolution entre les colonnes ii et iii proviennent du fait que les objectifs de chaque sous-enveloppe sont fixés en valeur et non en taux d'évolution. Le constat des dépenses pour l'année 2007 modifie donc le taux de croissance que doit respecter chacune des sous-enveloppes en 2008.

Source : rapport de septembre 2008 de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS)

Ce dépassement résulterait surtout du dynamisme des dépenses de soins de ville : elles sont évaluées à 71,5 milliards d'euros pour 2008, soit 920 millions d'euros de plus que le montant fixé pour le sous-objectif de l'ONDAM relatif aux soins de ville par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (70,6 milliards d'euros). Par rapport à leur niveau de 2007, qui sert de base à la construction de l'ONDAM pour 2008, les dépenses de soins de ville progresseraient ainsi de 2,8 % en 2008, alors que pour respecter le sous-objectif ce taux n'aurait pas dû dépasser 1,4 %. Le dynamisme des prestations de soins de ville est particulièrement fort pour les indemnités journalières, dont le montant progresse de 4,5 % entre les huit premiers mois de l'année 2008 et ceux de l'année 2007. En revanche, la croissance des dépenses de soins médicaux est plus modérée : elle s'établit à 1,7 % pour la même période.

Évaluées à 67,5 milliards d'euros pour 2008, les dépenses relatives aux établissements de santé n'atteindraient pas le montant fixé par les deux sous-objectifs de l'ONDAM concernés : 67,6 milliards d'euros. Cette sous-consommation de 100 millions d'euros s'explique par le gel d'une partie des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Quant aux deux sous-objectifs de l'ONDAM relatifs aux dépenses médico-sociales, concernant pour l'un les personnes âgées et pour l'autre les personnes handicapées, ils constituent une dotation des régimes d'assurance maladie à l'objectif global de dépenses que gère la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Ils ne sont donc pas susceptibles d'être dépassés, sauf révision du montant de cette dotation par une mesure législative.

Enfin, le sous-objectif de l'ONDAM relatif aux autres modes de prise en charge ne serait pas atteint, du fait du gel en 2008 de 70 millions d'euros sur les crédits du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

C'est pourquoi le présent article propose de porter le montant de l'ONDAM pour 2008 à 152,8 milliards d'euros et de modifier sa ventilation entre les six sous-objectifs de la façon suivante (*cf.* tableau ci-dessous).

Rectification des montants de l'ONDAM pour 2008 et de ses sous-objectifs

(en milliards d'euros)

	Objectifs initiaux *	Objectifs rectifiés **
Dépenses de soins de ville	70,6	71,5
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	48,9	48,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,8	18,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,4	5,5

Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,4	7,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,9	0,9
Total	152,0	152,8

* montants de l'ONDAM et de ses sous-objectifs fixés par l'article 76 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 ;

** montant de l'ONDAM et de ses sous-objectifs tels que le présent article propose de les rectifier

Source : loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 et article 8 du présent projet de loi.

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2009

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 31

Participation de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) aux négociations conventionnelles – Expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins

Cet article vise, d'une part, à associer l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) à la négociation des conventions fixant les rapports entre les professionnels de santé et l'assurance maladie et, d'autre part, à modifier certaines règles relatives aux expérimentations permises par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 en matière de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins.

Le principe de ces deux mesures, ainsi que celui d'une contribution de solidarité de l'ordre d'un milliard d'euros en 2009 à la charge des organismes d'assurance maladie complémentaires (*cf.* commentaire sous l'article 12), a été négocié entre le Gouvernement et la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), et formalisé par un protocole d'accord signé le 28 juillet dernier entre la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, le ministre des comptes publics et de la fonction publique et le président de la FNMF.

1. Participation de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) aux négociations conventionnelles

En vue d'assurer « *une coordination harmonieuse et responsable entre les régimes de base d'assurance maladie et les organismes complémentaires santé sur la gestion du risque comme sur le financement des dépenses de santé* », le protocole d'accord du 28 juillet 2008 précité prévoit que « *les négociations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé ou les offreurs de soins associeront dorénavant la mutualité et les organismes complémentaires santé en tant que copayeur, en priorité dans les secteurs, comme les frais d'optique ou les soins dentaires, où ces derniers assurent un niveau important de prise en charge et entendent développer leurs outils de régulation* ».

À cette fin, il est proposé de permettre à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) de prendre part à la négociation et à la conclusion des différents accords-cadres, conventions, accords, contrats et avenants prévus par le code de la sécurité sociale pour organiser les rapports entre l'assurance maladie et les professionnels de santé :

– l'article L. 162-1-13 prévoit qu'un accord-cadre fixe des dispositions communes à l'ensemble des professions de santé et organise leur coordination ;

– le II de l'article L. 162-14-1 prévoit que des accords conventionnels interprofessionnels peuvent organiser la coordination de plusieurs professions autour de pathologies ou de traitements particuliers ;

– en application du I du même article, des conventions professionnelles définissent les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires, ainsi que les engagements de bon usage des soins et de maîtrise des dépenses et, le cas échéant, les dispositifs d'aide à l'installation dans les zones sous-dotées en offre de soins applicables à chacune des professions suivantes : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, directeurs de laboratoires d'analyses médicales, transporteurs sanitaires et, plus largement, pour chaque profession d'auxiliaire médical ;

– d'autres conventions sont instituées par l'article L. 162-16-1 pour les pharmaciens titulaires d'officine et par l'article L. 162-32-1 pour les centres de santé, et l'article L. 165-6 prévoit des accords spécifiques aux distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel ;

– les partenaires conventionnels peuvent aussi conclure des accords visant à orienter les pratiques des professionnels qui y adhèrent individuellement, comme les accords de bon usage des soins prévus par l'article L. 162-12-17, les contrats de bonne pratique institués par l'article L. 162-12-18 et les contrats de santé publique créés par l'article L. 162-12-20.

À l'exception des accords applicables aux distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel – qui peuvent être négociés non seulement par les

organismes d'assurance maladie, mais aussi par les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance –, toutes les conventions précitées sont jusqu'à présent négociées et signées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les organisations représentatives des professionnels concernés. Les organismes d'assurance maladie complémentaire n'y participent pas directement, alors qu'ils sont conduits à prendre en charge le « ticket modérateur » fixé de façon proportionnelle aux tarifs ainsi négociés.

Les mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance concernées sont regroupées au sein de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), instituée par l'article 55 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie codifié à l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, qui est chargée :

– de rendre un avis motivé et public sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale ou relatifs à l'assurance maladie ;

– d'émettre des avis préalables aux décisions de l'UNCAM relatives au « ticket modérateur », à la participation forfaitaire des assurés, aux franchises médicales et à l'admission au remboursement d'un acte ou d'une prestation ;

– d'examiner conjointement avec l'UNCAM leurs programmes annuels de négociations avec les professionnels et les centres de santé et de déterminer les actions communes menées en matière de gestion du risque.

L'article L. 182-2 du même code permet certes à l'UNCAM d'associer l'UNOCAM à la négociation et à la signature des conventions énumérées *supra*, mais cette association est laissée à sa seule initiative et soumise à l'accord des organisations syndicales représentatives concernées. Cette possibilité ouverte par la loi du 13 août 2004 précitée n'a pas été mise en œuvre.

En revanche, l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a approfondi l'association de l'UNOCAM à la gestion du risque. Il a prévu, à l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, que le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de santé notifie à l'UNOCAM tout risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et en retour, que l'UNOCAM propose des mesures de redressement, comme le font les caisses nationales d'assurance maladie. Il a aussi complété l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale par un alinéa disposant que l'UNCAM soumet pour avis à l'UNOCAM, avant sa transmission aux ministres compétents, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation tarifaire.

Conformément aux orientations fixées par le gouvernement dans le protocole d'accord précité, le **I** du présent article (**alinéas 1 à 5**) tend à insérer dans le code de la sécurité sociale un article L. 162-14-3 fixant les conditions dans lesquelles l'UNOCAM peut participer à la négociation et à la conclusion des accords et des conventions énumérés *supra*, et de leurs avenants.

Le premier alinéa de la rédaction proposée pour ce nouvel article (**alinéa 2** de l'article 30) prévoit que l'UNOCAM informe l'UNOCAM de son intention d'ouvrir une négociation conventionnelle, et qu'il appartient à l'UNOCAM de faire connaître sa décision d'y participer, dans un délai fixé par décret. Dans ce cas, l'UNOCAM pourra être auditionnée par le conseil de l'UNOCAM, qui, selon les articles L. 182-2-2 à L. 182-2-4 du code de la sécurité sociale, est compétent pour définir les orientations que doit suivre le directeur général de l'UNOCAM dans les négociations conventionnelles.

Le deuxième alinéa de la rédaction proposée pour l'article L. 162-14-3 (**alinéa 3** de l'article 30) fait de la signature de l'UNOCAM une condition de validité des accords, conventions ou avenants qui concernent des professions ou des prestations « *pour lesquelles la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est minoritaire* ». La liste des professions et des prestations concernées sera fixée par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; comme l'indique l'exposé des motifs du présent article, il s'agit surtout des secteurs optique et dentaire.

Néanmoins, pour éviter qu'un désaccord de l'UNOCAM puisse bloquer les négociations conventionnelles, le troisième alinéa de la rédaction proposée pour l'article L. 162-14-3 (**alinéa 4** de l'article 30) prévoit que si l'UNOCAM refuse de conclure une convention pour laquelle sa signature est requise, cette convention ne peut être transmise pour approbation aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qu'après un délai minimal fixé par décret. Devant la commission, la ministre de la santé a indiqué que le gouvernement envisageait de fixer ce délai à six mois.

En conséquence, le **II** du présent article (**alinéa 6**) complète le dernier alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, qui charge l'UNOCAM de soumettre pour avis à l'UNOCAM toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation tarifaire, pour dispenser l'UNOCAM de cette obligation lorsque l'UNOCAM a décidé de prendre part aux négociations.

Le **III** (**alinéa 7** du présent article) parachève ce dispositif en abrogeant le dernier alinéa de l'article L. 182-2 précité du code de la sécurité sociale, qui permet à l'UNOCAM d'associer l'UNOCAM aux négociations conventionnelles sous réserve de l'accord des organisations syndicales concernées.

Le **IV** du présent article (**alinéas 8 et 9**) propose de compléter l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, relatif au statut et aux missions de l'UNOCAM, par un alinéa dont la première phrase précise que c'est au conseil de l'UNOCAM qu'il revient de décider de signer ou non certaines catégories de conventions, qu'elle énumère. Cette énumération exclut certains des instruments conventionnels auxquels le I du présent article propose que l'UNOCAM pourra s'associer. C'est le cas de l'accord-cadre interprofessionnel prévu à l'article L. 162-1-13, ainsi que des accords de bon usage des soins, des contrats de bonne pratique et des contrats de santé publique précités. La rédaction de cette

énumération mérite donc d'être rectifiée pour établir la compétence du conseil de l'UNOCAM sur l'ensemble des instruments conventionnels susmentionnés.

La deuxième phrase de l'alinéa qu'il est proposé d'ajouter à l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale prévoit que la décision de signer une convention est prise à la majorité de 60 % au moins des voix exprimées au sein du conseil de l'UNOCAM lorsqu'il s'agit d'une convention pour laquelle la signature de l'Union est obligatoire en application des dispositions proposées par le II du présent article. Selon l'exposé des motifs, l'institution de cette règle de majorité qualifiée vise à « *permettre l'émergence de solutions communes* » entre les membres de l'UNOCAM. En application de l'article R. 182-2-9 du code de la santé publique, le conseil de l'UNOCAM comporte trente-trois membres répartis en trois collèges, qui représentent :

- les mutuelles, avec plus de 50 % des membres du conseil ;
- les sociétés d'assurance, avec 20 à 25 % des sièges au conseil ;
- les institutions de prévoyance, avec 20 à 25 % des membres du conseil.

Un autre membre de ce conseil représente le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Aujourd'hui, les règles encadrant les délibérations du conseil des l'UNOCAM sont fixées par les statuts de l'Union. Le deuxième alinéa de leur article 12 prévoit que le conseil de l'UNOCAM statue dans la plupart des cas à la majorité simple, mais en application du premier alinéa du même article, ce conseil ne peut pas prendre de décision si au sein de son bureau, les représentants de l'un des trois collèges précités se sont déclarés opposés à la dite décision.

La règle de majorité qualifiée qu'il est proposé de fixer par une disposition législative permettrait donc à l'UNOCAM de décider de signer une convention malgré l'opposition d'une de ses trois principales composantes, sans qu'il puisse pour autant le faire à la seule initiative de la mutualité.

2. Expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins

Le protocole d'accord signé le 28 juillet 2008 par les ministres de la santé et des comptes publics d'une part, et la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) d'autre part, prévoit que « *la logique du parcours de soins et du médecin traitant sera confortée par le développement de modes de rémunération plus adaptés au suivi des pathologies chroniques, auxquels la mutualité sera associée comme copayeur* ». Pour les représentants de la mutualité rencontrés par le rapporteur, il s'agit de mettre en œuvre les possibilités légales existantes d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé

pour le suivi des patients atteints d'affections de longue durée (ALD) ou d'autres maladies chroniques.

Le V du présent article (**alinéas 10 à 15**) a pour objet de préciser les modalités de mise en œuvre des dispositions de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007), qui permettent d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins.

a) L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé

Le I de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 permet aux missions régionales de santé (MRS) d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé et des maisons de santé, « *complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant* ». Selon l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale, les MRS sont constituées entre les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). D'après le rapport sur l'application de cette loi présenté par le gouvernement en application de l'article 67 de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit, le décret d'application de cette disposition n'avait pas encore été publié au 1^{er} juillet. L'exposé des motifs indique cependant que cette expérimentation devrait être mise en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2009.

Le dernier alinéa du I de l'article 44 précité prévoit la réalisation, chaque année, d'une évaluation annuelle de ces expérimentations, transmise au Parlement, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé, de centres de santé et de maisons de santé qui y prennent part et sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins.

Le I° du V (**alinéas 11 et 12** du présent article) ajoute que dès lors qu'une de ces évaluations annuelles conclura à l'opportunité et à la possibilité de généraliser ces expérimentations, le gouvernement transmettra au Parlement un rapport comportant des propositions sur les conditions, les modalités et le calendrier de cette généralisation, ainsi qu'une étude d'impact. Ce rapport sera préalablement soumis à l'avis de l'UNCAM, des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés et de l'UNOCAM.

b) L'expérimentation de nouveaux modes de financement et d'organisation de la permanence des soins

Le II de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 permet aux missions régionales de santé (MRS) de fixer à titre expérimental des montants et des modalités de rémunération dérogatoires, et de financer des maisons médicales de garde, des centres voire des établissements de santé.

Cette mesure vise ainsi à remédier aux insuffisances du dispositif actuel de permanence des soins en médecine ambulatoire, défini par les articles R. 6115-1 à R. 6115-7 du code de la santé publique, par l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale et par l'avenant n° 4 à la convention médicale du 12 janvier 2005. Un récent rapport d'information de M. Georges Colombier sur la prise en charge des urgences médicales⁽¹⁾ montre notamment qu'en mutualisant les moyens consacrés à la continuité des soins par la médecine de ville et l'hôpital – qui ne relèvent aujourd'hui ni des mêmes autorités, ni des mêmes zonages administratifs –, il est possible de garantir à moindre coût un service plus fiable à la population.

Les 2° et 3° du V visent à modifier le mode de financement de cette expérimentation, qui serait transféré du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville (FIQCS – pour une présentation des missions de ce fonds, *cf. supra*, le commentaire de l'article 5) aux dépenses de soins de ville. En effet, comme l'indique l'exposé des motifs, la vocation du FIQCS n'est pas de verser des rémunérations à des professionnels de santé.

Aussi, le 2° (**alinéa 13** du présent article) substitue au deuxième alinéa de l'article 44 précité, qui met à la charge du FIQCS les dépenses liées à cette expérimentation et charge le fonds de préciser les limites dans lesquelles les MRS peuvent fixer le montant de la rémunération des médecins au titre de la permanence des soins, une phrase renvoyant à un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale le soin de préciser ces limites, ainsi que le montant maximal des dépenses au titre de ces rémunérations pour chaque mission volontaire. À la différence des dépenses de soins de ville en général, l'enveloppe mise à la disposition des MRS pour cette expérimentation sera donc limitative.

En conséquence, le 3° (**alinéa 14** du présent article) modifie le troisième alinéa du même article, pour prévoir que les MRS transmettent les évaluations des expérimentations ainsi menées non plus au FIQCS, mais aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article 32

Suivi des propositions formulées par le rapport annuel sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie

L'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale charge l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) de transmettre avant le 15 juin de chaque année au Parlement et au ministre chargé de la sécurité sociale des propositions relatives à l'évolution des charges et des produits des régimes obligatoires d'assurance maladie membres de l'UNCAM – le régime général, le

(1) *Rapport d'information n° 3672, présenté par M. Georges Colombier au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, sur la prise en charge des urgences médicales, février 2007.*

régime social des indépendants (RSI) et la mutualisé 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.

Le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale publié en septembre 2008 souligne que le rapport prévu à l'article L. 111-11 précité constitue la principale source d'information du Parlement sur les négociations conventionnelles, et regrette que *« les informations y demeurent lacunaires, puisqu'elles portent à titre essentiel sur les médecins et présentent un bilan déséquilibré de ces accords, en valorisant surtout les économies qui résulteraient de la maîtrise médicalisée et en évoquant de manière plus laconique ou en occultant parfois les surcoûts qu'ils génèrent »*. Selon la Cour, *« l'obligation d'information pesant sur l'UNCAM apparaît donc insuffisante pour permettre au Parlement d'apprécier la manière dont elle a mis en œuvre l'ONDAM »*.

C'est pourquoi, en vue d'améliorer l'information du Parlement sur l'efficacité des politiques de maîtrise des dépenses de santé, le présent article propose de compléter l'article L. 111-11 susmentionné par un alinéa précisant que les propositions faites par l'UNCAM dans son rapport sont accompagnées d'un bilan détaillé des négociations conventionnelles ainsi que de la mise en œuvre des propositions de l'année précédente retenues par la loi de financement de la sécurité sociale.

Article 33

Rémunération des enseignants de médecine générale

Cet article vise à accorder aux personnels enseignants des universités de médecine générale, qu'ils soient titulaires ou contractuels, une rémunération complémentaire à celles qu'ils tirent, d'une part, de leur fonction d'enseignement, et d'autre part, de leur fonction de soins.

1. Le statut et le mode de rémunération actuels des enseignants de médecine générale

Au cours des années 1990, les universités se sont progressivement dotées de départements universitaires de médecine générale (DUMG) mais jusqu'à une date récente aucune mesure législative ni réglementaire n'avait fixé de statut spécifique pour les médecins généralistes qui les codirigeaient. À défaut, les universités leur ont appliqué soit le statut de professeur associé à mi-temps, soit celui de maître de conférences associé à mi-temps : il s'agit d'emplois contractuels régis par le décret n° 91-966 du 20 septembre 1991 relatif aux personnels associés des centres hospitaliers et universitaires dans les disciplines médicales et odontologiques. Pour l'année universitaire 2007-2008 écoulée, on comptait 131 enseignants de médecine générale, dont 72 professeurs associés et 59 maîtres de conférence associés.

La loi n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale complétée par le décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008, a comblé ce vide statutaire en permettant de titulariser des professeurs et des maîtres de conférences des universités de médecine générale, en clarifiant le statut des chefs de clinique des universités de médecine générale, et en fixant des règles communes aux personnels enseignants des universités de médecine générale.

Si, à ce jour, aucun enseignant de médecine générale n'a encore été titularisé, les renseignements fournis au rapporteur indiquent que le Gouvernement entend en titulariser au moins un par faculté de médecine pendant cinq ans à compter de septembre 2009 – ce qui porterait leur effectif à plus de 200 –, y compris au moins un professeur des universités pour chacune des sept inter-régions universitaires.

Depuis la création des centres hospitaliers universitaires en 1958, le statut des enseignants de médecine, prévu à l'article L. 952-21 du code de l'éducation, a la caractéristique d'articuler obligatoirement deux fonctions conjointes : une activité universitaire d'enseignement et de recherche, et une activité hospitalière de soins. De façon cohérente avec cette double fonction, la rémunération des enseignants « hospitalo-universitaires » articule deux parts :

- une part due au titre de leur activité d'enseignement et de recherche ;
- une part versée au titre de leur activité de soins.

L'article 1^{er} de loi du 8 février 2008 précitée, codifié à l'article L. 952-23-1 du code de l'éducation, a repris pour les enseignants de médecine générale le principe de l'exercice conjoint d'une fonction universitaire d'enseignement et de recherche d'une part, et d'une activité de soins d'autre part. Mais la médecine générale ne faisant pas partie des spécialités exercées à l'hôpital, ils ne peuvent exercer leur activité de soins qu'en secteur ambulatoire, où ils sont principalement rémunérés à l'acte.

Lors de l'examen de la proposition de loi dont est issue la loi du 8 février 2008 précitée, le Gouvernement avait indiqué qu'il étudierait les moyens de compenser, pour les enseignants de médecine générale, la perte de revenu qui résulte de la réduction de leur activité libérale liée à leurs fonctions universitaires.

Selon les estimations d'un récent rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR)⁽¹⁾, les médecins enseignants associés de médecine générale ont un volume d'activité libérale de 10 % inférieur à la moyenne des omnipraticiens, ce qui leur procure un revenu moyen évalué à 4 770 euros, contre 5 300 euros pour la moyenne des généralistes. À ce revenu

(1) « Création de la filière universitaire de médecine générale », rapport de Mmes Valérie Delahaye-Guillocheau et Agnès Jeannet et M. Michel Vernerey (Inspection générale des affaires sociales) et de Mme Françoise Mallet et M. Jean-Paul Pittoors (Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche), février 2007.

s'ajoute toutefois leur rémunération universitaire, soit 3 560 euros par mois pour un professeur titulaire (1 780 euros pour un non titulaire) et 2 840 euros pour un maître de conférences titulaire (1 420 euros pour un non titulaire). Le rapport précité des inspections en conclut qu'« *au total, les données recueillies ne font pas apparaître de difficultés majeures, mais il importe d'assurer un suivi dans le temps, et sans doute plus précis, dans la mesure où le mode de rémunération majoritairement à l'acte de la partie soins peut constituer une difficulté qu'il ne faut pas sous-estimer à court terme* ».

La situation paraît plus difficile pour les chefs de clinique que pour les autres catégories d'enseignants de médecine générale, car leurs émoluments universitaires sont moins élevés (1 540 euros par mois pour un titulaire, 770 euros pour un non titulaire) et que, selon les déclarations des représentants des médecins généralistes enseignants repris par M. Marc Bernier dans un récent rapport d'information ⁽¹⁾, ils sont conduits à compenser leur sous-effectif à l'université par une activité d'enseignement et de recherche intense, au détriment du temps passé à leurs consultations, d'où des revenus libéraux relativement faibles.

C'est pourquoi, en novembre 2007, douze chefs de clinique en médecine générale ont conclu avec les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) dont ils relèvent des accords par lesquels ils s'engagent à respecter les tarifs opposables et à effectuer un nombre minimal d'actes, en contrepartie d'un complément de rémunération leur garantissant un revenu global qui au moins soit égal à celui des chefs de clinique assistants des hôpitaux (17 000 euros par an environ), augmenté de 15 % afin de couvrir la rétrocession d'honoraires qu'ils versent aux médecins titulaires des cabinets dans lesquels ils exercent, aucun chef de clinique concerné n'ayant choisi de s'installer directement à son compte. D'après les précisions fournies au rapporteur, ces accords ont été conclus sur le fondement de l'article L. 183-1-2 du code de la sécurité sociale, qui permet aux URCAM de conclure des contrats avec des professionnels de santé libéraux « *dans le but de les inciter à un exercice regroupé, notamment dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins* ». Ce dispositif n'est donc pas spécifiquement adapté au problème de la rémunération des enseignants de médecine générale.

2. Le dispositif proposé

Le présent article propose d'insérer dans le code de la sécurité sociale un article L. 183-1-3 comportant trois alinéas.

Le premier alinéa de la rédaction proposée pour ce nouvel article (**alinéa 2** du présent article) instaure, pour chaque enseignant des universités titulaire ou non titulaire de médecine générale, une rémunération complémentaire aux revenus tirés de l'exercice, en secteur ambulatoire, de sa fonction de soins en médecine générale. Cette rémunération sera versée par les unions régionales des caisses

(1) Rapport d'information n° 1134 de M. Marc Bernier sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, septembre 2008.

d'assurance maladie (URCAM), sur la base de contrats qu'elles concluront avec chaque enseignant.

D'après les informations fournies au rapporteur par le ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, cette aide serait dégressive et son bénéfice serait limité à quelques mois.

Elle serait particulièrement destinée aux clefs de clinique, qui n'ont pas encore de clientèle libérale au moment où il commencent à enseigner. Au cas par cas, ces contrats pourraient également être proposés aux professeurs et aux maîtres de conférences prochainement titularisés, qui risquent de devoir modifier brutalement leurs pratiques afin de consacrer la moitié de leur temps à leurs activités universitaires, le plus souvent aux horaires traditionnels d'ouverture des cabinets.

Le deuxième alinéa de la rédaction proposée pour l'article L. 183-1-3 (**alinéa 3** du présent article) précise les obligations souscrites par l'enseignant concerné en contrepartie de cette rémunération. Il s'agit d'« *engagements individualisés* » qui peuvent porter sur divers domaines : la prescription, l'amélioration des pratiques, le dépistage et la prévention, la continuité et la coordination des soins, ainsi que la permanence de soins. Ces contrats s'inscriraient ainsi dans un ensemble d'outils contractuels à adhésion individuelle – comme les accords de bon usage des soins, les contrats de bonne pratique ou les contrats de santé publique – que l'assurance maladie développe afin d'orienter les pratiques des professionnels, moyennant des rémunérations complémentaires.

La dernière phrase de cet alinéa soumet les contrats conclus entre les enseignants de médecine générale et les URCAM à l'approbation de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) avant leur signature.

Article 34

Référentiels de prescription et procédure d'accord préalable pour certains actes en série

Cet article vise à homogénéiser les prescriptions d'actes en série au moyen de référentiels de prescription, aux indications desquels il ne pourrait être fait d'exception qu'avec l'accord préalable du service du contrôle médical de l'assurance maladie.

1. Éléments de contexte

Le rapport de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) présentant ses propositions relatives à l'évolution des charges et des produits des principaux régimes obligatoires d'assurance maladie au titre de l'année 2009 constate en effet des variations très significatives dans les traitements prescrits, aussi bien en ville qu'à l'hôpital, à des patients qui présentent pourtant un diagnostic semblable.

Devant la Commission, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, a coté notamment l'exemple des actes de masso-kinésithérapie prescrits à la suite d'une prothèse de hanche à des fins de rééducation : suivant les départements, le nombre moyen de séances prescrites varie de 11 à 37.

Le nombre d'actes inutiles ainsi pris en charge par l'assurance maladie représente, selon le dossier de presse du ministère des comptes publics et de la fonction publique relatif au présent projet de loi « *un potentiel d'efficience sans doute non négligeable* ». Il s'agit principalement d'actes paramédicaux.

On rappellera que les honoraires des professionnels paramédicaux connaissent depuis plusieurs années une forte croissance, évaluée par le dernier rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale à 8,2 % en 2007 et à 6,7 % en 2008, ce qui représente une progression plus rapide que la croissance de l'enveloppe des soins de ville (4,9 % en 2007 et 2,8 % en 2008).

C'est pourquoi le rapport précité de l'UNCAM a recommandé un mécanisme d'encadrement des actes en série dans lequel « *un référentiel validé par la Haute autorité de santé définirait le nombre de séances souhaitables pour certains traitements. Au-delà de ce nombre de séances souhaitables, les séances supplémentaires pourraient être tarifées à un prix réduit ou tout simplement non pris en charge par l'assurance maladie sauf en cas exceptionnel dûment justifié, après accord d'un médecin conseil* ». Selon l'UNCAM, l'encadrement des prescriptions d'actes en série par des référentiels de la Haute autorité de santé (HAS) contribuerait à accroître l'efficacité des prises en charge ambulatoires dans le cadre des actions de maîtrise médicalisée des dépenses.

2. Le dispositif proposé

Le I du présent article tend à compléter le premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, qui dispose que la prise en charge ou le remboursement de tout acte et de toute prestation réalisé par un professionnel de santé sont subordonnés à leur inscription par l'UNCAM, sous le contrôle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur une liste. Il s'agit, pour les actes techniques, de la classification commune des actes médicaux (CCAM), et pour les actes cliniques, de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

Cet alinéa précise que « *l'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription de l'acte ou de la prestation* », ce qui a pour conséquence que certains actes peuvent n'être pris en charge qu'à condition d'être prescrits.

Il est proposé de compléter cette disposition par une phrase prévoyant que lorsqu'il s'agit d'actes en série, ces « conditions particulières de prescription » peuvent, « *sur le fondement d'un référentiel approuvé par la Haute autorité de*

santé sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie», fixer le nombre maximal d'actes au-delà duquel les actes supplémentaires ne peuvent être pris en charge, « à titre exceptionnel », que dans le cadre de la procédure d'accord préalable du service du contrôle médical prévue à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale.

Le service du contrôle médical, institué à l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, est l'acteur médical de la gestion du risque. Ses praticiens conseils ont un rôle d'accompagnement et de contrôle des assurés comme des professionnels de santé. Leur contrôle porte sur « tous les éléments d'ordre médical » qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations d'assurance maladie. L'article L. 315-2 prévoit que son accord peut être exigé notamment pour les prestations dont « la nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical » et que ses avis s'imposent à l'organisme de prise en charge concerné.

Le rapport précité de l'UNCAM sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2009 précise que la mise en œuvre d'une telle mesure « ne pourrait être que progressive », et que les années 2009 et 2010 pourraient être consacrées à des expérimentations.

Le **II** du présent article tend à modifier l'article L. 315-2 précité, pour renvoyer non plus à un décret, mais à une décision du collège des directeurs de l'UNCAM le soin de fixer les conditions d'application des règles relatives à la procédure de mise sous entente préalable.

Selon les informations fournies à votre rapporteur, le décret prévu n'a jamais été pris. C'est donc pour des raisons de simplicité que le soin de régler la procédure de mise sous entente préalable est laissé du collège des directeurs de l'UNCAM.

Article 35

Groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés

Cet article vise à instituer une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés.

D'après l'exposé des motifs, ce groupement d'intérêt public, intitulé « agence des systèmes d'information partagés » (ASIP), sera créé sous peu, et chargé de piloter la « relance » du dossier médical personnel (DMP) annoncée par le Gouvernement.

1. Le projet de dossier médical personnel (DMP)

Comme le note le rapport 2008 de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, l'usage de systèmes d'information dans le système de santé a été limité

dans un premier temps à des fonctions de gestion, comme la facturation et le remboursement des soins, mais il s'est progressivement étendu à l'organisation des soins et aux pratiques médicales, tant à des fins d'amélioration de la qualité des soins que de maîtrise des dépenses, en particulier de prescription. Le partage de données entre les différents professionnels revêt donc une importance particulière (cf. encadré ci-dessous).

Enjeux du partage des données entre les systèmes d'information en santé

Le partage des données entre les différents systèmes d'information de santé constitue un enjeu important pour la politique de santé en France pour deux raisons :

– en premier lieu, ce partage permet d'accéder à l'historique médical des patients, sans qu'il y ait perte ou altération des informations médicales. Les professionnels de santé, disposant d'informations plus fiables et plus complètes (antécédents, résultats d'examens complémentaires, soins en cours...) sont en mesure de mieux accomplir leurs missions. Le partage d'informations répond donc à l'objectif de qualité des soins ;

– ensuite la connaissance immédiate des informations médicales relatives à un patient est source d'économies, dans la mesure où elle évite les examens redondants. Le partage d'informations répond donc aussi à l'objectif de maîtrise des dépenses de santé.

Cet enjeu s'est renforcé au cours des dernières années à la faveur de deux évolutions dont les effets sont cumulatifs :

– les professionnels de santé et les établissements de santé se sont massivement équipés de systèmes d'information. A titre d'exemple, en 2006, 66 % des médecins généralistes utilisaient un logiciel de gestion des dossiers médicaux alors qu'ils n'étaient que 25 % en 2003. Cette évolution augmente l'intérêt de partager les informations médicales ;

– on peut aussi constater que pour la prise en charge d'un patient, un professionnel de santé fait de plus en plus appel aux avis des autres membres du corps médical ou s'appuie sur des examens complémentaires plus fréquents. Cette évolution augmente les besoins de partage d'informations médicales entre les professionnels de santé.

Source : Cour des comptes, rapport sur la sécurité sociale, 2007.

C'est pour ces raisons que l'article 3 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, codifié aux articles L. 161-36-1 à L. 161-36-4 du code de la sécurité sociale, a créé un « dossier médical personnel » (DMP) : l'article L. 161-36-1 dispose en effet qu'« afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose... d'un dossier médical personnel » constitué de l'ensemble de ses données de santé à caractère personnel, « notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins », ainsi que d'un volet spécialement destiné à la prévention.

Le suivi du projet et sa maîtrise d'ouvrage ont été confiés à partir de 2005 à un groupement d'intérêt public (GIP) dénommé « groupement d'intérêt public du dossier médical personnel » (GIP-DMP), constitué entre l'Etat, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et la Caisse des dépôts et consignations. Comme le rapporteur l'a montré dans un récent rapport

d'information sur le DMP ⁽¹⁾, si le Gouvernement a choisi de constituer ce GIP plutôt que de confier la mise en œuvre du DMP à la seule CNAMTS, c'était pour tenir compte des préoccupations exprimées par les professionnels de santé – dont l'adhésion au projet est indispensable – qui craignaient que la Caisse n'utilise le DMP à des fins de contrôle médical. Financé par le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), le GIP-DMP compte une soixantaine d'agents et a pour mission de :

- définir les données qui pourront figurer dans le DMP ;
- définir les conditions d'hébergement et d'accès ;
- piloter et suivre des expérimentations locales du DMP ;
- assurer la maîtrise d'ouvrage et la réalisation, le cas échéant, des systèmes informatiques supports du DMP ;
- mobiliser et d'informer les professionnels de santé et les représentants des patients, notamment au sein d'un « comité d'orientation (COR) ».

Les professionnels de santé ne pourront accéder au DMP d'un patient qu'après s'être identifiés au moyen de la « carte de professionnel de santé » (CPS) prévue par l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale. Le système CPS est déjà largement utilisé pour la télétransmission des feuilles de soins. En application de l'article R. 161-54 du code de la sécurité sociale, le groupement d'intérêt public de la carte de professionnel de santé (GIP-CPS) émet, délivre et gère les CPS, veille à leur bon usage et à la confidentialité des données, et assure la validité des signatures électroniques produites à l'aide de ces cartes.

Pour préparer l'utilisation du DMP par les personnels hospitaliers, le GIP-DMP et le GIP-CPS travaillent en lien avec le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH), GIP institué par l'article L. 6113-10 du code de la santé publique et chargé de concourir à la mise en cohérence, à l'interopérabilité, à l'ouverture et à la sécurité des systèmes d'information utilisés par les établissements de santé, ainsi qu'à l'échange d'informations dans les réseaux de soins entre la médecine de ville, les établissements de santé et le secteur médico-social afin d'améliorer la coordination des soins.

2. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du DMP

La création du DMP a pourtant connu d'importants retards, que la Cour des comptes explique dans son rapport 2008 précité par le caractère « *notoirement incompatible* » des objectifs assignés ou validés par les ministres successifs avec le calendrier qu'ils fixaient.

Une des causes principales des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du DMP tient à la faiblesse de son pilotage. On relèvera notamment que d'après la Cour des comptes, le financement du GIP-DMP par le FIQCS n'est pas

(1) Rapport d'information n° 659 de M. Jean-Pierre Door sur le dossier médical personnel (DMP), janvier 2008.

allé « sans retards et embûches, au point que le GIP-DMP s'est trouvé un temps en quasi-cessation de paiements, au moment où l'Etat demandait justement à ce dernier de forcer l'allure ».

Une revue de projet du DMP a été entreprise à la fin de l'année 2007 et une mission de relance du projet de DMP, présidée par M. Michel Gagneux, a proposé en avril 2008 une nouvelle stratégie de mise en œuvre du DMP, qui passe notamment par la constitution d'un opérateur de maîtrise d'ouvrage regroupant l'ensemble des fonctions nécessaires au développement des systèmes d'information de santé partagés. En effet, un tel opérateur réunirait sous une même autorité l'ensemble des leviers stratégiques du système DMP. Le rapport de cette mission ⁽¹⁾ propose ainsi de créer une « agence pour le développement des systèmes d'information de santé partagés », autorité de maîtrise d'ouvrage unique du DMP qui serait à même « de maîtriser l'édification des infrastructures de base, en particulier en matière d'interopérabilité et de sécurité ».

Les missions de l'agence pour le développement des systèmes d'information de santé partagés selon la mission de relance du projet de DMP

Ce nouvel organisme serait créé par regroupement du GIP-DMP, du GIP-CPS et de la composante du GMSIH couvrant les référentiels d'interopérabilité.

Il assurerait ainsi quatre missions principales :

- une mission de normalisation et d'élaboration des référentiels concourant au développement de l'interopérabilité des systèmes d'information de santé, en relation avec les industriels, les autres opérateurs et l'Association française de normalisation (AFNOR) ;
- une mission d'homologation des logiciels et produits ;
- une mission de garant de sécurité, au titre de laquelle il reprendrait les fonctions assurées au sein du GIP-CPS, notamment celle d'autorité de certification de professionnels de santé ;
- une mission de conduite du projet DMP, dont les missions précédentes constituent des éléments essentiels.

Trois grands pôles seraient ainsi constitués en matière de systèmes d'information de santé :

- un pôle hospitalier : une « agence de l'efficacité hospitalière » qui pourrait être créée par regroupement de la mission d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) et d'une partie du GMSIH ;
- un pôle des systèmes d'information partagé : l'« agence pour le développement des systèmes d'information partagés » ;
- un pôle assurance maladie : la CNAMTS et le GIE SESAM-Vitale.

Un quatrième pôle mériterait sans aucun doute d'être organisé dans le domaine des nomenclatures. Rappelons en effet que les missions connexes d'expertise en terminologie médicale, en nomenclatures tarifaires et en gestion des bases de données issues de la facturation, sont aujourd'hui réparties entre l'ATI, certains services de la CNAMTS et l'Institut des données de santé.

(1) Rapport de la mission de relance du projet de dossier médical personnel, « Pour un dossier patient virtuel et partagé, et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé », recommandations à la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, présenté par M. Michel Gagneux, mai 2008.

Cette réforme devrait contribuer fortement à la rationalisation du système, à l'amélioration de la coopération entre les opérateurs et à l'efficacité du dispositif.

Source : Rapport de la mission de relance du projet de dossier médical personnel, « Pour un dossier patient virtuel et partagé, et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé », recommandations à la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, présenté par M. Michel Gagneux, mai 2008.

3. La relance du projet de DMP

A partir des recommandations de la mission de relance du projet de DMP, la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative a arrêté en juin 2008 ⁽¹⁾ de nouvelles orientations relatives au DMP, assorties d'un nouveau calendrier de mise en œuvre : désormais facultatif, un « DMP socle » – présentation basique du dossier médical –, sera mis en place sur tout le territoire dès 2009, avant d'être progressivement déployé et enrichi de nouveaux services d'ici 2012. A cette date, il donnera ainsi accès aux autres dossiers patient existants (dossiers partagés régionaux, dossier communiquant cancer, *etc.*), à la liste des médicaments délivrés, des comptes rendus de radiologie, des résultats d'analyses de biologie *etc.*

Le Gouvernement a aussi fait savoir son intention de réformer le pilotage du projet, suivant les recommandations de la mission de relance du projet de DMP. Ainsi, le GIP-DMP, le GIP-CPS ainsi que de la partie du GMSIH dédiée à l'interopérabilité des systèmes d'information en ville et en établissement de santé seront fondus au sein d'une nouvelle agence des systèmes d'information de santé (ASIP), qui assurera la direction du projet. L'ASIP sera l'opérateur unique de maîtrise d'ouvrage de l'ensemble des fonctions nécessaires au développement des systèmes d'information de santé. Elle aura pour missions, notamment, la définition et la mise en œuvre des infrastructures de base en particulier en matière d'interopérabilité et de sécurité.

Dans son rapport d'information précité sur le DMP, votre rapporteur soulignait que les systèmes d'information hospitaliers, très hétérogènes, sont encore loin de pouvoir communiquer avec le DMP, ce qui constitue un frein à la diffusion du DMP. À cet égard, le rapprochement du GMSIH d'une part, et du GIP-DMP et CPS d'autre part, peut s'avérer très utile.

D'après les informations transmises à votre rapporteur, et conformément aux recommandations qu'il a faites dans son rapport d'information susmentionné, le projet DMP bénéficiera par ailleurs d'un budget de programme avec un financement pérenne.

Enfin, un conseil supérieur des systèmes d'information de santé sera mis en place, sous la présidence du ministre chargé de la santé, pour définir avec les principaux acteurs la stratégie de développement de ces systèmes. Le secrétariat

(1) Voir sur ce point le discours prononcé par Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, le 23 juin 2008 à l'hôpital européen Georges Pompidou.

de ce conseil sera assuré par la mission pour l'informatisation du système de santé (MISS), qui est placée au sein du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales et dont les moyens seront renforcés à cet effet. Les informations transmises au rapporteur précisent qu'« *à travers cette nouvelle entité, l'Etat verra son rôle de pilote des systèmes d'information de santé consolidé* ».

4. Le dispositif proposé

Le présent article vise à compléter la section 5 du chapitre Ier du titre V du livre Ier du code de la sécurité sociale, intitulée « *dossier médical personnel* », par un article L. 161-36-4-3 disposant que le GIP chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés bénéficie pour son financement d'une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant sera fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'exposé des motifs précise que ce GIP serait l'agence des systèmes d'information de santé (ASIP) précitée, et que son statut serait régi par les articles L. 341-2 à L. 341-4 du code de la recherche, relatifs aux GIP, à l'instar de ce qui est prévu pour le GMSIH.

Il est cependant à noter que si la rédaction proposée pour l'article L. 161-36-4-3 revient à charger l'ASIP du développement des « *systèmes d'informations de santé partagés* » et non du seul dossier médical personnel, il n'est pas envisagé pour l'heure de confier à l'ASIP le pilotage d'autres systèmes d'accès en ligne à des dossiers médicaux, comme le « *dossier pharmaceutique* » prévu à l'article L. 161-36-4-2 du code de la sécurité sociale, qui est développé sous la direction du conseil national de l'Ordre des pharmaciens. L'ASIP sera seulement chargée de veiller à l'interopérabilité de ces systèmes.

Article 36

Dispositif de régulation des prescriptions de spécialités pharmaceutiques financées en sus des groupes homogènes de séjour et validation de la prescription des médicaments orphelins

L'article 36 a pour objet de mieux organiser l'analyse des prescriptions dans les établissements de santé des médicaments pris en charge en sus des groupes homogènes de séjour (hors tarification à l'activité), de mettre en place un dispositif de régulation de leurs prescriptions et de prévoir qu'en l'absence de numéro personnel identifiant du médecin, l'assurance maladie ne prendra pas en charge les factures présentées par l'hôpital au titre des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des prestations d'hospitalisation.

1. Les prescriptions des spécialités pharmaceutiques financées en sus des groupes homogènes de séjour

Le I de l'article a pour objet d'insérer un nouvel article L. 162-22-7-2 dans la sous-section 3 (« *Frais d'hospitalisation afférents aux activités de médecine,*

chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé») de la section 5 (« *Établissements de soins* ») du chapitre 2 (« *Dispositions générales relatives aux soins* ») du titre VI (« *Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelles aux prestations sociales* ») du Livre I^{er} (« *Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base* ») du code de la sécurité sociale afin de mieux organiser l'analyse des prescriptions dans les établissements de santé des médicaments pris en charge en sus des groupes homogènes de séjour, c'est-à-dire hors tarification à l'activité, et de mettre en place un dispositif de régulation de leurs prescriptions.

a) La liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation

Le principe de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé est de mettre en place le paiement d'un tarif global et forfaitaire par séjour, dit groupe homogène de séjour (GHS), fixé au niveau national et destiné à couvrir l'ensemble des charges supportées par l'établissement de santé pour la prise en charge du patient hospitalisé, y compris le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées. Par conséquent, l'ensemble des médicaments administrés durant un séjour hospitalier est en règle générale financé dans le cadre des tarifs des prestations d'hospitalisation.

Toutefois, une modalité importante de la T2A prévoit un dispositif dérogatoire, décrit à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, afin de garantir le financement de spécialités pharmaceutiques dont l'introduction dans les tarifs des GHS n'est pas adaptée du fait de leur caractère onéreux ou de l'hétérogénéité qu'elles introduisent dans les tarifs par séjour. Ces médicaments sont inscrits sur une liste arrêtée par le ministre de la santé, dite « liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation » ou « liste en sus », et font l'objet d'un remboursement par les organismes d'assurance maladie en sus du financement à l'activité. Ce système a pour objectif de garantir aux patients un égal accès aux soins et aux technologies médicales innovantes et de faciliter la diffusion de ces dernières dans les établissements de santé.

Cette liste de « molécules onéreuses » est composée majoritairement d'anticancéreux⁽¹⁾, de médicaments composés d'érythropoïétine principalement utilisés dans le traitement d'anémie secondaire au traitement de l'insuffisance rénale chronique et du cancer, de facteurs de la coagulation en traitement de l'hémophilie et d'immunoglobulines humaines utilisées dans le traitement de maladies rares ou de déficit immunitaire.

Les inscriptions sur cette liste des spécialités pharmaceutiques ne sont pas définitives et la liste des spécialités remboursées à la pièce en sus des tarifs GHS est donc appelée à évoluer en permanence. Elle a en effet vocation à s'enrichir de nouveaux éléments lorsque ceux-ci remplissent des critères de coût par unité élevé

(1) En 2006, le tiers des médicaments de la liste en sus sont des anticancéreux

et d'utilisation non généralisée dont il résulte une importante hétérogénéité de coût pour le groupe homogène de malades (GHM) dont ils relèvent. En sens inverse, il est logique que certaines spécialités pharmaceutiques qui y figurent soient progressivement intégrées aux tarifs GHS à mesure que leur usage se généralise et que la classification et les tarifs s'adaptent pour les prendre en compte. La liste s'est ainsi progressivement allongée depuis sa mise en place par arrêté en 2005. À l'origine, elle comportait 96 spécialités. Ce nombre est passé à 113 en 2006 et 121 en 2008.

Toute inscription ou radiation d'une spécialité pharmaceutique donne lieu à la publication au *Journal officiel* d'un arrêté du ministre en charge de la santé et de la sécurité sociale pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale. Ces arrêtés sont pris, après recommandation du Conseil de l'hospitalisation et consultation des fédérations représentatives des établissements de santé.

b) La consommation des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation, encore mal connue, contribue largement au dynamisme des dépenses

• *Les dépenses des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation croissent régulièrement*

En 2006, les dépenses des médicaments de la liste hors GHS des établissements de santé ont représentés 1,8 milliard d'euros sur les près de 3 milliards de dépenses de médicaments des établissements de santé ayant une activité principale de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO)⁽¹⁾. Ainsi 61% des médicaments consommés sont facturables en sus de la T2A.

La croissance des dépenses en molécules facturables en sus semble particulièrement dynamique. Si le recueil de la DREES ne permet pas encore d'analyser toutes les évolutions, les chiffres disponibles indiquent que ces dépenses augmenteraient de 18,4% entre 2006 et 2007⁽²⁾ pour les établissements de santé antérieurement sous dotation globale ayant une activité principale de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). Les anticancéreux représentent à eux seuls les trois quarts des dépenses des établissements de santé en molécules facturables en sus ce qui explique que les dépenses liées à cette liste sont très concentrées sur les établissements de santé ayant une forte activité de cancérologie. Même dans les établissements peu actifs en cancérologie, les molécules facturables en sus pèsent de plus en plus lourd dans la facture totale compte tenu de leur prix unitaire particulièrement élevé (165 euros en moyenne), représentant ainsi plus de 40% des dépenses de médicaments dans les établissements publics et privés non lucratifs.

(1) *Études et résultats de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), n°653, août 2008.*

(2) *Rapport de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, mai 2008*

L'analyse du marché des médicaments vendus aux établissements de santé confirme le dynamisme des ventes de molécules facturables en sus depuis l'introduction de leur nouveau mode de financement. En effet, ils pèsent en 2006 43 % du chiffre d'affaires total de l'industrie pharmaceutique réalisé dans les établissements de santé, soit 2,7 milliards d'euros, alors qu'ils n'en représentaient que 16% en 2004. Cette forte croissance s'explique à la fois par l'extension de la liste et par une utilisation plus fréquente des médicaments qui la compose.

• *Les données sur les spécialités pharmaceutiques facturées en sus sont encore parcellaires*

En théorie, le recueil d'informations mis en place par le ministère de la santé permet d'étudier les quantités de molécules facturables par les établissements de santé et les dépenses qui y sont liées.

Les informations existantes sur le médicament dans les établissements de santé, généralement fournies par les laboratoires pharmaceutiques, sont néanmoins souvent partielles et incomplètes.

C'est la raison pour laquelle la Cour des comptes a souhaité la mise en place d'une collecte d'informations sur les médicaments dans les établissements de santé. A la suite des recommandations du Conseil national de l'information statistique (CNIS)⁽¹⁾, le ministère de la Santé a organisé une collecte de données sur les médicaments dans les établissements. Pour les besoins de l'étude, les données du recueil ont été appariées avec une base recensant les médicaments facturables en sus des GHS. En 2005, un premier recueil d'information a été réalisé, à titre expérimental, sur les médicaments achetés par les établissements de santé et délivrés aux unités de soins ou revendus au public au cours de l'année 2004. Il ne concernait que les centres hospitaliers universitaires et régionaux (CHU et CHR) et les centres de lutte contre le cancer (CLCC). Ce recueil a été étendu en 2006 aux centres hospitaliers (CH) et aux établissements privés à but lucratif ou non. Il collecte des informations générales portant sur l'ensemble des médicaments en utilisant les données fournies par les systèmes d'information des établissements. Il a été reconduit en 2007 pour les mêmes catégories d'établissements. Ce dispositif permet de connaître, pour chacun des établissements, les achats (prix et quantités) de médicaments.

Cependant, seuls 650 établissements ont fourni des données, si bien que les résultats ont dû être extrapolés afin d'être représentatifs de l'ensemble des établissements de France métropolitaine ayant une activité de MCO.

c) Le nouveau dispositif de régulation proposé

Le nouvel article L. 162-22-7-2 propose en premier lieu d'améliorer l'analyse des prescriptions dans les établissements de santé des médicaments pris en charge en sus des groupes homogènes de séjour.

(1) Nasse P., Amar E., Gissot C., 2005, « Connaissance statistique du médicament », Rapport, n°93, février.

• *L'amélioration de la connaissance des prescriptions dans les établissements de santé des médicaments pris en charge en sus des groupes homogènes de séjour.*

L'alinéa 1^{er} du nouvel article L. 162-22-7-2 dispose en effet en premier lieu que l'Etat procède à une analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire de la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation. Cette analyse sera vraisemblablement réalisée chaque année à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique qui disposent d'une part que les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité sur la base des informations transmises via des systèmes d'information au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement (article L. 6113-7) et que les établissements transmettent aux agences régionales de l'hospitalisation les informations relatives à leur activité (article L. 6113-8).

Sur la base de cette analyse et sur recommandation du Conseil de l'hospitalisation, l'Etat arrêtera un taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes aux spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

Créé par l'article 45 de la loi assurance maladie du 13 août 2004, l'objet du Conseil de l'hospitalisation est de contribuer à l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé ainsi qu'à la détermination et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie relative aux frais d'hospitalisation.

Destinataires des informations relatives à l'activité de l'ensemble des établissements de santé en matière de prescriptions de spécialités pharmaceutiques, les agences régionales de l'hospitalisation seront chargées, aux termes du deuxième alinéa du nouvel article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale d'examiner les pratiques de chaque établissement de leur ressort.

Dans cet examen, les agences régionales de l'hospitalisation tiendront compte des référentiels et des recommandations médico-économiques élaborés par la Haute autorité de santé, l'Institut national du cancer et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

Il s'agit ici notamment de donner suite à la mission médico-économique donnée à la Haute autorité de santé (HAS) par la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2008. Celle-ci a en effet doté la Haute autorité de santé d'une 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, de façon à mieux évaluer l'efficacité des différentes stratégies thérapeutiques, notion que le

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie avait déjà souligné toute l'importance dans son rapport de janvier 2004.

Comme la Haute autorité de santé, l'Institut national du cancer et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) peuvent établir des recommandations et avis à caractère médico-économique sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces.

• *Le dispositif de régulation proposé*

Dans le cas où les résultats de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus, éclairés par les recommandations émises par la Haute autorité de santé, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et l'Institut national du cancer, amèneraient l'Agence régionale de l'hospitalisation à estimer que le non-respect du taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes aux spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation n'est pas justifié, le deuxième alinéa du nouvel article L. 162-22-7-2 dispose que l'ARH pourra décider de conclure pour une durée d'un an un plan d'actions visant à maîtriser l'évolution des dépenses par l'amélioration des pratiques hospitalières.

Le dernier alinéa du nouvel article L. 162-22-7-2 prévoit que si l'établissement de santé refuse de signer ce plan d'actions visant à maîtriser l'évolution des dépenses par l'amélioration des pratiques hospitalières ou si il ne respecte pas le plan signé, le taux de remboursement de la part prise en charge par l'assurance maladie des dépenses de la liste en sus pourra être diminué, en fonction des manquements observés et pour une durée d'un an, à concurrence de 10 %, c'est-à-dire de 10 % au maximum. Dans cette procédure, le respect du contradictoire est assuré dans la mesure où il est prévu que l'établissement présente ses observations avant la mise en place du dispositif de régulation.

Le dernier alinéa prévoit également que la réduction de 10 % maximum de la part prise en charge par l'assurance maladie en cas de dépassement non justifié du taux d'évolution prévisionnelle des dépenses d'assurance maladie afférentes aux spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation vient s'ajouter à celle prononcée en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, dans une limite maximale de 30 %. Sont ici visées les réductions qui peuvent d'ores et déjà intervenir dans le cadre des contrats de bon usage des médicaments coûteux. En effet, 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 séjour (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 mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale sont destinés à limiter la prescription des médicaments les plus coûteux et sont négociés entre les établissements de santé et les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Ils permettent, lorsque l'établissement ne respecte pas les stipulations de ce contrat et après mise en demeure de présenter ses observations, de réduire le remboursement dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie.

Afin d'assurer au dispositif de régulation toute son efficacité, il est enfin indiqué que la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé à l'établissement lorsque celui-ci présente une surconsommation non justifiée de spécialités pharmaceutiques de la liste en sus ne peut en aucune façon être facturée aux patients.

2. La meilleure identification des médecins prescripteurs de médicaments de la liste en sus

Le II de l'article a pour objet de prévoir qu'en l'absence de numéro personnel identifiant du médecin, l'assurance maladie ne prendra pas en charge les factures présentées par l'hôpital au titre des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des prestations d'hospitalisation.

Cette mesure est destinée à améliorer la visibilité sur les prescriptions hospitalières en incitant à la bonne identification des médecins prescripteurs de médicaments de la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

Elle s'appuie sur les dispositions de l'article L. 162-5-15 du code de la sécurité sociale aux termes desquels les médecins travaillant au sein d'un établissement de santé sont identifiés par un numéro personnel distinct du numéro identifiant la structure où ils exercent leur activité. Lancée en 2003, le projet de répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) visait à identifier de manière exhaustive, fiable et sécurisée, l'ensemble des professionnels de santé au moyen d'un identifiant unique et pérenne qui, contrairement au numéro ADELI qui identifie tous les praticiens ayant un exercice libéral y compris à l'hôpital, reste identique même si un médecin choisit de partir exercer dans un autre département ou s'il change de structure.

Ce nouveau numéro RPPS est aujourd'hui opérationnel dans la mesure où le groupement d'intérêt public « carte de professionnel de santé » (GIP-CPS) a envoyé durant l'été 2008 à 218 000 médecin leur nouveau numéro RPPS que les salariés d'établissements de santé pourront désormais inscrire en plus de leur numéro de structure (numéro FINESS). L'utilisation du numéro RPPS est de nature à aider l'assurance maladie dans sa politique de maîtrise des prescriptions des praticiens hospitaliers en général, et en particulier pour la maîtrise des prescriptions de spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

Le projet de loi prévoit dès lors qu'à défaut d'identification des prescriptions de spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des GHS par le numéro personnel identifiant du médecin, les dépenses y afférentes ne seront pas prises en charge par les organismes de sécurité sociales et que ces dépenses ne pourront pas également être facturées au patient.

Conformément au IV de l'article 36 (cf. infra), ces dispositions n'entreront toutefois en vigueur que le 1^{er} janvier 2012, ce qui apparaît comme une date bien tardive.

3. Les garanties nouvelles en matière de prescription des médicaments orphelins

Le **III** de l'article a pour objet de s'entourer de meilleures garanties médicales pour ce qui concerne la prescription des médicaments orphelins. Il complète par un nouvel alinéa l'article L. 162-22-7 relatif à la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation afin de conditionner la prise en charge de ces médicaments orphelins à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie en cause lorsqu'il existe ou, à défaut, par l'un de ces centres de compétences.

a) Définition des médicaments orphelins

Le nouvel alinéa complétant l'article L. 162-22-7 concerne les médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n°141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999.

Ce règlement a pour objet d'établir une procédure communautaire visant à désigner certains médicaments comme médicaments orphelins et d'instaurer des mesures d'incitation destinées à favoriser la recherche, le développement et la mise sur le marché des médicaments ainsi désignés.

L'article 3 de ce règlement précise les critères de désignation des médicaments orphelins. Aux termes de cet article, un médicament obtient la désignation de médicament orphelin si son promoteur peut établir :

– qu'il est destiné au diagnostic, à la prévention ou au traitement d'une affection entraînant une menace pour la vie ou une invalidité chronique ne touchant pas plus de cinq personnes sur dix mille dans la Communauté, au moment où la demande est introduite, ou qu'il est destiné au diagnostic, à la prévention ou au traitement, dans la Communauté, d'une maladie mettant la vie en danger, d'une maladie très invalidante ou d'une affection grave et chronique, et qu'il est peu probable que, en l'absence de mesures d'incitation, la commercialisation de ce médicament dans la Communauté génère des bénéfices suffisants pour justifier l'investissement nécessaire ;

– et qu'il n'existe pas de méthode satisfaisante de diagnostic, de prévention ou de traitement de cette affection ayant été autorisée dans la Communauté, ou, s'il en existe, que le médicament en question procurera un bénéfice notable à ceux atteints de cette affection.

Le règlement (CE) n°141/2000 dispose par ailleurs qu'une prévalence ne dépassant pas cinq cas sur dix mille personnes est généralement considérée comme le seuil adéquat tout en précisant que les médicaments destinés au traitement d'une affection mettant la vie en danger, très invalidante ou grave et chronique doivent bénéficier des mesures d'incitation, même si la prévalence de l'affection est supérieure à cinq sur dix mille.

Ces médicaments sont dits « orphelins » parce que l'industrie pharmaceutique n'a que peu d'intérêt dans les conditions de marché habituelles à développer et à commercialiser des produits destinés uniquement à un nombre restreint de patients atteints de symptômes très rares. Pour les entreprises pharmaceutiques, le coût de mise sur le marché d'un produit préconisé dans une maladie rare ne serait pas couvert par les ventes attendues sur ce marché. C'est la raison pour laquelle les gouvernements et les associations regroupant les représentants de maladies rares ont souligné le besoin d'incitation économiques afin d'encourager les entreprises pharmaceutiques à développer et à commercialiser des médicaments à destination des patients atteints de maladies rares.

b) Le dispositif proposé

L'alinéa unique qui complète l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale a pour objet de s'entourer de toutes les garanties médicales dans la prescription initiale des médicaments orphelins par le médecin de l'hôpital en prévoyant que cette dernière fait l'objet d'une validation par le centre de référence de la maladie en cause.

Il convient de rappeler que le plan Maladies rares 2005-2008 prévoit la structuration et la graduation de l'offre de soins pour les patients atteints d'une maladie rare sur deux niveaux.

• *Les centres de référence*

Le premier niveau est un niveau d'expertise et de recours, le plus souvent national ou interrégional, constitué par des « centres de références » labellisés qui ont vocation à coordonner la définition des référentiels et des protocoles thérapeutiques, la surveillance épidémiologique et la coordination des activités de recherche.

La labellisation est une démarche de reconnaissance de l'excellence scientifique et médicale de centres hautement spécialisés dans la prise en charge des maladies rares. Elle s'appuie sur une procédure d'appel à projets auprès des centres hospitaliers universitaires et sur une expertise indépendante par un Comité

national consultatif de labellisation (CNCL), associant des professionnels de santé experts des maladies rares, des représentants des associations de patients, des sociétés savantes et des institutionnels. Le CNCL est chargé de donner un avis motivé au ministre sur l'opportunité de la labellisation des centres de référence, au vu de la conformité des dossiers de candidature à un cahier des charges et de l'adéquation aux besoins de santé. La labellisation se distingue donc de la démarche de certification des établissements de santé et des démarches d'autorisation des activités de soins prévues par l'ordonnance du 4 mars 2003.

Entre 2004 et 2007, 132 centres de référence ont été labellisés.

Leurs missions ont été définies dans la circulaire DHOS DGS du 27 mai 2004.

Missions des centres de référence

- *« Assurer au malade (et ses proches) une prise en charge globale et cohérente :*
 - *en améliorant l'accès au diagnostic de la ou des maladies rares et en organisant l'accompagnement de son annonce ;*
 - *en définissant, en organisant et en réévaluant régulièrement la stratégie de prise en charge et le suivi interdisciplinaire des patients dans le cadre d'une filière de soins organisée et cohérente ;*
 - *en veillant à l'information et la formation des malades et de leur entourage.*
- *Améliorer la prise en charge de proximité en lien avec les établissements et les professionnels de santé :*
 - *en identifiant des correspondants hospitaliers et des acteurs de proximité qui permettent d'assurer un suivi du malade au plus près de son domicile ;*
 - *en organisant une filière de soins ;*
 - *en formant et en informant les professionnels de santé non spécialistes sur les maladies rares.*
- *Participer à l'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles dans le domaine des maladies rares :*
 - *en participant à la surveillance épidémiologique de la maladie ;*
 - *en réalisant des recherches et des essais thérapeutiques ; - en assurant la diffusion (indications et prescriptions) et le suivi des thérapeutiques et des dispositifs orphelins ;*
 - *en mettant en place des bonnes pratiques professionnelles concernant les pathologies, en liaison avec les équipes nationales et internationales travaillant dans le même domaine.*
- *Développer des outils de coordination entre les différents acteurs et structures prenant en charge la même maladie ou groupe de maladies.*
- *Apporter aux autorités administratives les connaissances essentielles pour évaluer et piloter la politique sanitaire dans le domaine des maladies rares, et être l'interlocuteur des associations de malades pour œuvrer à l'amélioration de la prise en charge et de la qualité de vie du malade (et de sa famille). »*

Les centres labellisés obtiennent des moyens financiers supplémentaires pour assumer leurs missions dans le cadre d'une « mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » (MIGAC).

- *Les centres de compétence*

Le second niveau de structuration de l'offre de soins est un niveau de prise en charge le plus souvent régional, avec les « centres de compétences » qui établissent le diagnostic des maladies rares, mettent en œuvre la thérapeutique lorsqu'elle est disponible et organisent la prise en charge du patient en lien avec les centres de références labellisés et les acteurs et structures sanitaires et médico-sociales de proximité.

En subordonnant la prise en charge des médicaments orphelins à une validation de la prescription par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, le III améliore les garanties qui assurent les conditions d'une bonne prescription.

Le IV de l'article dispose enfin que les dispositions du I, c'est-à-dire celles qui organisent l'analyse des prescriptions dans les établissements de santé des médicaments pris en charge en sus des groupes homogènes de séjour (hors tarification à l'activité) et mettent en place un dispositif de régulation de leurs prescriptions s'appliqueront pour la première fois au titre des dépenses de l'année 2009 tandis que le II prévoyant qu'en l'absence de numéro personnel identifiant du médecin, l'assurance maladie ne prendra pas en charge les factures présentées par l'hôpital au titre des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des prestations d'hospitalisation n'entrera en vigueur que le 1^{er} janvier 2012.

Article 37

Clarification des prises en charge de certains médicaments administrés en consultation externe à l'hôpital

L'article 37 remplace les dispositions de l'article L. 162-27 de la sous section 4 (« *Dispositions diverses* ») de la section 5 (« *Établissements de soins* ») du chapitre 2 (« *Dispositions générales relatives aux soins* ») du titre VI (« *Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelles aux prestations sociales* ») du Livre I^{er} (« *Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base* ») du code de la sécurité sociale par de nouvelles dispositions destinées à clarifier le financement par l'assurance maladie de certains médicaments réservés à l'usage hospitalier, et donc non disponibles en officine de ville, mais qui sont parfois prescrits lors de consultations externes hospitalières sans pour autant figurer sur la liste des médicaments rétrocédables. Il vise à combler un vide juridique dans la mesure où le droit actuel ne prévoit le remboursement par l'assurance maladie des prescriptions de ce type de médicaments que dans le cadre d'une hospitalisation.

1. L'absence actuelle de règles de prise en charge de certains médicaments réservés à l'usage hospitalier administrés lors de consultations externes

Le premier alinéa du nouvel article L. 162-27 détaille le cas de figure pour lequel une clarification du financement de certains médicaments est nécessaire.

Les médicaments visés sont les spécialités pharmaceutiques classées par leur autorisation de mise sur le marché dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière. Ils doivent donc être administrés dans un environnement hospitalier.

Le régime juridique des médicaments à prescription hospitalière est fixé par les articles R. 5121-84 à R. 5121-86 de la sous-section 3 (« *Médicaments à prescription hospitalière* ») de la section 8 (« *Médicaments soumis à prescription restreinte* ») du chapitre 1er (« *Dispositions générales* ») du titre II (« *Médicaments à usage humain* ») du Livre 1er (« *Produits pharmaceutiques* ») de la cinquième partie (« *Produits de santé* ») de la partie réglementaire du code de la santé publique. Le classement dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière, sous ensemble de la catégorie des médicaments à prescription restreinte, intervient en règle générale lorsque les restrictions apportées à la prescription du médicament sont justifiées par la nécessité d'effectuer dans des établissements disposant de moyens adaptés le diagnostic et le suivi des maladies pour le traitement desquelles le médicament est habituellement utilisé ou par ses caractéristiques pharmacologiques, son degré d'innovation, ou un autre motif de santé publique.

Il arrive que de tels médicaments réservés à l'usage hospitalier, qui parce qu'ils ne sont pas disponibles en ville ne peuvent être fournis que par la pharmacie à usage intérieur de l'établissement, soient administrés au cours de la prise en charge d'un patient dont l'état de santé nécessite des soins non suivis d'hospitalisation dans un établissement de santé, c'est-à-dire lors de consultations externes. L'exposé des motifs cite par exemple le cas de la toxine botulique.

Comme ces médicaments sont administrés lors de consultations externes, il ne sont pas pris en charge au titre du financement des établissements de santé et ne peuvent donc pas en théorie être financés par l'intermédiaire des GHS ni s'imputer par exemple sur le financement de la « liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation », qui fait l'objet d'un remboursement par les organismes d'assurance maladie en sus du financement à l'activité.

Dès lors qu'ils ne figurent pas non plus par définition sur la liste des médicaments rétrocédables, leur prise en charge ne peut pas non plus être retracée dans l'enveloppe soins de ville. En effet, l'article L. 5126-4 du code de la santé publique autorise certes les pharmacies à usage intérieur (PUI) à vendre, dans le respect de certaines conditions, des médicaments à des patients ambulatoires par

dérogation au principe selon lequel les pharmacies à usages intérieurs ne peuvent délivrer des médicaments qu'aux patients hospitalisés. Ce circuit dit de rétrocession hospitalière est une spécificité du système de soins français dont le régime juridique a été défini par le décret n°2004-546 du 15 juin 2004. Ces médicaments sont alors facturés à l'assurance maladie. Ils ne pèsent pas sur les budgets hospitaliers et leur prise en charge est retracée dans l'enveloppe soins de ville. Mais les médicaments visés par le présent article ne sont pas par définition inscrits sur la liste rétrocession qui ne concernent que des médicaments délivrables en ville.

La situation qui prévalait jusqu'ici laissait donc subsister un vide juridique autour de la prise en charge de ce type de médicaments et il n'était pas possible de se satisfaire plus longtemps des modalités de prises en charge au sein des GHS résultant d'une simple tolérance administrative et entraînant un surcoût pour l'assurance maladie.

2. Le nouveau mode de prise en charge proposé

Le deuxième alinéa du nouvel article L. 162-27 pose le principe d'une prise en charge de cette catégorie de spécialités pharmaceutiques par des tarifs, en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire des prestations donnant lieu à facturation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées dans les établissements de santé, ou des actes et consultations mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire les consultations et actes externes dans un établissement de santé, ainsi que ceux réalisés dans un service chargé des urgences.

Il est prévu que lorsque le montant de la facture est inférieur au tarif, le remboursement à l'établissement s'effectuera sur la base du montant de la facture, néanmoins majoré d'une partie de la différence entre la facture et le tarif dans des conditions qui seront définies par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il s'agit par ce dispositif d'inciter les acheteurs hospitaliers à obtenir des prix plus avantageux tout en les intéressant à l'économie ainsi réalisée.

Les modalités de fixations des tarifs sont définies par les deux derniers alinéas du nouvel article L. 162-27 qui distinguent selon que la spécialité pharmaceutique est ou non inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire la liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation. Une modalité importante de la T2A prévoit effectivement un dispositif dérogatoire, décrit à l'article L. 162-22-7, afin de garantir le financement de spécialités pharmaceutiques dont l'introduction dans les tarifs des GHS n'est pas adaptée du fait de leur caractère onéreux ou de l'hétérogénéité qu'elles introduisent dans les tarifs par séjour. Ces médicaments sont inscrits sur une liste arrêtée par le ministre de la santé, dite « liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation » ou « liste en

sus », et font l'objet d'un remboursement par les organismes d'assurance maladie en sus du financement à l'activité.

a) Cas où les spécialités pharmaceutiques visées sont inscrites sur la liste en sus

Le troisième alinéa dispose que lorsque les spécialités pharmaceutiques visées sont inscrites sur la liste en sus, elles bénéficient d'un remboursement sur facture de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sur la base du tarif de responsabilité prévu à l'article L. 126-16-6 du code de la sécurité sociale.

C'est la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, complétée par la loi n°2004-810 relative à l'assurance maladie qui a institué, à l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale, un dispositif de fixation de tarifs qui constituent des limites de remboursement des médicaments pour l'assurance maladie. Ces tarifs sont publiés par le Comité économique des produits de santé (CEPS) sur la base des prix déclarés par les entreprises, sauf en cas d'opposition définitive du comité, auquel cas le tarif publié est celui décidé par le comité. Ces tarifs sont donc opposables par l'assurance maladie aux établissements de santé, mais pas à leurs fournisseurs, même s'ils sont très généralement respectés.

b) Cas où les spécialités pharmaceutiques visées ne sont pas inscrites sur la liste en sus

Le dernier alinéa concerne le cas où les spécialités pharmaceutiques visées ne sont pas inscrites sur la liste en sus.

Dans cette hypothèse, il revient au Comité économique des produits de santé (CEPS) de fixer un tarif de prise en charge de ses spécialités selon la procédure mentionnée au I de l'article L. 162-16-6 de fixer des tarifs de responsabilité.

Aux termes de cet article, le tarif de responsabilité est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier. A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le tarif de responsabilité est fixé par décision du comité et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. La fixation du tarif de responsabilité tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de la spécialité pharmaceutique et de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par une commission de la Haute autorité de santé.

Le renvoi à la procédure mentionnée au I de l'article L. 162-16-6 de fixer des tarifs de responsabilité est toutefois adapté à la spécificité des spécialités pharmaceutiques en cause. En effet, alors que l'article L. 162-16-6 dispose que le tarif de responsabilité est fixé par décision du comité et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription sur la liste en sus, qui ne contient pas par définition les médicaments réservés à l'usage hospitalier mais qui sont prescrits lors de consultations externes hospitalières sans pour autant figurer sur la liste des médicaments rétrocédables, le nouvel article L. 162-27 du code de la sécurité sociale dispose que la décision du CEPS intervient au plus tard dans un délai de quinze jours suivant, soit l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, c'est-à-dire la liste des produits agréés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, soit pour les médicaments déjà inscrits sur cette liste, la notification de la décision prévoyant leur classement dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière.

Avec un tel dispositif, le mode de financement par l'assurance maladie, non prévu aujourd'hui, de cette catégorie particulière de médicaments est clairement défini et devrait entraîner d'importantes économies pour l'assurance maladie (de l'ordre de six à huit millions d'euros rien que pour la toxine botulique).

Article 38

Prise en charge des actes et dispositifs médicaux innovants au sein de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

L'article 38 a pour objet d'insérer après l'article 165-1 de la sous-section 1 (« conditions de prise en charge ») de la section 1 (« Dispositions générales relatives aux fournitures et appareils pris en charge au titre des prestations sanitaires ») du chapitre 5 (« Dispositifs médicaux à usage individuel ») du Titre VI (« Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales ») du Livre Ier (« Généralités – Dispositions communes à tout ou parties des régimes de base ») du code de la sécurité sociale un nouvel article L. 165-1-1 visant à faciliter le processus de diffusion des produits, prestations ou actes innovants en prévoyant la possibilité pour l'assurance maladie de les prendre en charge, sous certaines conditions, au sein de la dotation spécifique de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

On entend par produits, prestations ou actes innovants ceux qui nécessitent une évaluation complémentaire avant la généralisation de leur utilisation et leur prise en charge par l'assurance maladie. Les valves percutanées, certaines prothèses discales, les endoprothèses carotidienne ou certaines pompes à insulines sont autant d'exemples de ces actes et dispositifs médicaux innovants issus de la recherche clinique, qui nécessite bien souvent une évaluation complémentaire

avant la généralisation de leur utilisation et leur prise en charge par l'assurance maladie.

Actuellement, le dernier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale relatif aux modalités d'inscription à la nomenclature des actes et des prescriptions dispose qu'un acte en phase de recherche clinique ou d'évaluation du service qu'il rend peut être inscrit, pour une durée déterminée, sur la liste des actes ou prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie. L'inscription et la prise en charge sont soumises au respect d'une procédure et de conditions particulières définies par convention entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et la haute Autorité de santé. La signature d'une telle convention permet ainsi d'appliquer le dispositif réglementaire amenant à prendre à charge par l'Assurance maladie des actes prometteurs mais encore en phase de recherche clinique.

Par ailleurs, depuis l'année 2000, le programme de soutien aux techniques innovantes coûteuses (STIC) a permis chaque année, au titre de la promotion du progrès médical, de financer des projets d'ampleur nationale concernant plusieurs milliers de malades dans les établissements hospitaliers anciennement sous dotation globale. 95 protocoles et 1634 équipes ont ainsi été financés en 8 ans.

Les objectifs de ce programme de soutien aux techniques innovantes coûteuses sont à la fois de mieux répondre aux besoins exprimés par les établissements de santé pour améliorer la prise en charge des patients lorsque le financement d'innovations coûteuses est impliqué, de favoriser la diffusion harmonieuse des innovations, d'évaluer les innovations sélectionnées sur les plans médical et économique et de préciser la place, les conditions d'utilisation, d'organisation et de diffusion de ces innovations dans le système de soins hospitalier en apportant une aide à la décision pour l'organisation des soins.

Il convient de souligner que la campagne budgétaire 2008 a vu la première phase de mise en œuvre du nouveau modèle de financement des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI), favorisant l'équité, la promotion d'une recherche de qualité et la valorisation de l'innovation. Dans ce cadre, des crédits peuvent être alloués sur appel à projets pour le soutien aux techniques innovantes et coûteuses.

Ces dispositifs sont modifiés par le présent projet de loi.

En effet, le 2^o de l'article abroge le dispositif du dernier alinéa de l'article L. 162-1-7. En effet, les conventions entre l'UNCAM et la Haute autorité de santé (HAS) qu'il prévoyait non jamais vraiment fonctionné et ne concernaient en outre que les actes et non les dispositifs médicaux qui sont aujourd'hui en forte croissance.

Le 1^o le remplace par un nouveau dispositif détaillé dans un nouvel article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale.

Ce dispositif couvre un champ plus large dans la mesure où il n'est pas limité à « *tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1er janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1* » (article L. 162-1-7 modifié) mais couvre désormais « *tout produit ou toute prestation ou tout actes innovants* » (nouvel article L. 165-1-1) ce qui recouvre notamment les produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (dispositifs médicaux à usage individuel, tissus et cellules issus du corps humain et leurs dérivés, prestations de service et d'adaptation associées, produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

Désormais, tout produit ou toute prestation ou tout acte innovant pourra faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge totale ou partielle au sein de la dotation des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), qui est une dotation spécifique de financement dans le cadre de la tarification à l'activité destinée à financer les dépenses correspondant aux engagements des établissements de santé relatifs aux missions d'intérêt général dont la liste est fixée par décret et aux activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques.

La prise en charge sera décidée par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute autorité de santé qui fixera le forfait de prise en charge par patient (incluant le produit, la prestation, l'acte et les frais d'hospitalisation associés), le nombre de patients concernés, la durée de prise en charge, les conditions particulières d'utilisation, la liste des établissements de santé pour lesquels l'assurance maladie prend en charge ce forfait et déterminera les études auxquelles la mise en oeuvre du traitement innovant doit donner lieu.

Le nouveau dispositif prévu encadre ainsi mieux la prise en charge de ces produits, prestations ou actes innovants en prévoyant des conditions plus adaptées que celles prévues par les outils existants.

En effet, les conditions de diffusion seront mieux contrôlées (nombre de patients exposés, établissements autorisés) et la prise en charge par l'assurance maladie n'aura lieu que pour une durée limitée dans l'attente des résultats d'études complémentaires qui pourront désormais être demandées.

Principalement, la prise en charge au sein de la dotation MIGAC, enveloppe fermée, permet d'éviter toute inscription trop hâtive sur la liste des produits et prestations financée en sus qui comporte toujours un risque de dérive financière et sur laquelle il est en outre très difficile de revenir.

Ces nouvelles modalités de prise en charge des actes et dispositifs médicaux innovants au sein de la dotation MIGAC sont ainsi de nature à

dynamiser le processus de leur diffusion tout en encadrant mieux leur prise en charge.

Article 39

Dispositions diverses relatives au financement des établissements de santé

Le **I** a pour objet de simplifier le régime juridique du suivi des dépenses qui s'imputent sur l'objectif hospitalier dit ODMCO qui est l'objectif de dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). L'agrégat comptable ODMCO est un des deux composants, avec l'enveloppe des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), du sous objectif de l'ONDAM correspondant à celles des dépenses hospitalières de l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, qui font l'objet d'une tarification à l'activité (T2A).

Actuellement, le II de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale impose à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) de communiquer à l'Etat et aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH), pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Par ailleurs, la CNAMTS doit également communiquer aux mêmes destinataires la répartition de ce montant total par région, par établissement et, le cas échéant par nature d'activité.

Dans une volonté de simplification et d'allègement d'un dispositif qui impose à la CNAMTS une communication d'analyses détaillées qu'elle n'est pas toujours en mesure de fournir facilement, le I de l'article modifie le II de l'article L. 162-22-10 afin, d'une part, de mettre fin à l'obligation de transmission aux ARH des états du montant total des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et, d'autre part, d'alléger le niveau de détail des données transmises par la CNAMTS en supprimant l'exigence de transmission de la répartition du montant des charges par régions, par établissement et par nature d'activité.

Le **II** procède à une réécriture globale du II de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale destinée à clarifier la procédure de fixation de l'objectif quantifié national (OQN) relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation exercées par les établissements de santé privés et celle des tarifs des établissements financés sous OQN.

Dans sa rédaction actuelle, le II de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale dispose qu'un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités selon lesquelles sont fixées chaque année les évolutions des tarifs des prestations

compatibles avec l'objectif quantifié national (OQN) relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation exercées par les établissements de santé privés et précise que ce décret prend en compte notamment l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente, les prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours et les changements de régime juridique et financier de certains établissements. Dans la mesure où certains de ces critères, comme celui relatif aux changements de régime juridique ou financiers par exemple, ne sont en fait pas pris en compte lors de la fixation des tarifs mais lors de la fixation de l'objectif de dépenses, il importait de modifier le droit pour sécuriser juridiquement la procédure de fixation des tarifs qui aurait pu être à défaut fragilisée et faire ainsi l'objet de recours contentieux.

En conséquence, la nouvelle rédaction dispose que le décret en Conseil d'Etat précisera à la fois les éléments pris en compte pour la détermination de l'objectif quantifié national (OQN) relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation exercées par les établissements de santé privés et les modalités selon lesquelles seront déterminées les évolutions des tarifs. La meilleure distinction des critères qui président à la fixation de l'objectif OQN avec ceux pris en compte lors de la fixation des tarifs clarifie et sécurise le dispositif.

Le III procède à une réécriture globale du II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale). Il s'agit, pour ce qui concerne l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO), de poursuivre le même objectif de clarification et de sécurisation des procédures de fixation des tarifs que celui poursuivi au II de l'article en matière d'OQN.

La rédaction actuelle fait en effet dépendre la détermination des éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire les tarifs nationaux, les forfaits annuels et les coefficients géographiques qui s'y appliquent, de facteurs qui sont en fait pris en compte au seul niveau de la fixation de l'objectif lui-même, comme les changements de régime juridique par exemple. Par ailleurs, certains critères retenus aujourd'hui pour la fixation des tarifs nationaux des prestations donnant lieu à facturation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, comme celui faisant appel à la notion de « *coût relatif des prestations établi sur un échantillon représentatif d'établissements* » pouvaient s'avérer juridiquement fragile dans la mesure où la représentativité de l'échantillon peut facilement être contestée.

La nouvelle rédaction vise donc à sécuriser juridiquement la procédure de fixation des tarifs et forfaits annuels. Un décret en Conseil d'Etat précisera dorénavant d'une part les éléments pris en compte pour la détermination de l'ODMCO, d'autre part, les modalités de fixation des tarifs, forfaits et coefficients géographiques s'y appliquant. Les critères pris en compte pour la détermination de l'objectif seront ainsi soigneusement distingués des critères servant à la fixation des tarifs et forfaits.

Certains de ces critères servant de base à la fixation des tarifs et forfaits demeurent inchangés comme celui concernant les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment par les données mentionnées aux articles L. 6113-7 (selon lequel les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité sur la base des informations transmises via des systèmes d'information au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement) et L. 6113-8 du code de la santé publique (selon lequel les établissements transmettent aux agences régionales de l'hospitalisation les informations relatives à leur activité). D'autres critères sont adaptés, comme celui qui concerne les données afférentes au coût relatif des prestations établi sur un échantillon d'établissements puisqu'il est désormais précisé que les tarifs pourront être déterminés « *pour tout ou partie* », et non plus dans leur ensemble, à partir des données de coût relatif des prestations établi sur un échantillon d'établissements, la notion d'échantillon « *représentatif* » étant ici aussi supprimée car pouvant ouvrir droit à des contestations.

Le IV remplace le second alinéa du II de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale par un II *bis* qui a pour objet de mettre en place de nouvelles modalités de régulation infra-annuelle des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements financés sous ODMCO faisant intervenir à la fois le comité d'alerte créé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et l'observatoire économique de l'hospitalisation créé par la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Actuellement, une possibilité de régulation infraannuelle des tarifs des prestations d'hospitalisation est ouverte à l'Etat dès lors qu'il lui apparaît que l'état définitif des charges au titre des soins dispensés l'année antérieure ou le montant des charges constatées au fur et à mesure de l'année en cours transmis par l'assurance maladie n'est pas compatible avec le respect de l'ODMCO.

L'objet du IV est en premier lieu de conditionner l'enclenchement de cette procédure de régulation des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements financés sous ODMCO à l'avis du comité d'alerte créé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et chargé de surveiller l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Le comité d'alerte (article L114-4-1 du code de la sécurité sociale)

« Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire 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 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 %⁽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'Etat entend prendre pour sa part qui sont transmises au comité par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Le comité notifie également le risque sérieux de dépassement à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire qui propose des mesures de redressement ».

Désormais, l'Etat pourra modifier les tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements financés sous ODMCO après que le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie a émis un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'ODMCO.

Cette modification des tarifs devra en second lieu être précédée de la consultation par l'Etat de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 et le décret n° 2007-970 du 15 mai 2007 (articles L. 162-21-3 et D. 162-17 du code de la sécurité sociale) avec pour mission d'assurer le suivi des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation et de donner un avis au Gouvernement sur la mise en œuvre de toute mesure de régulation.

***L'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée
(article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale)***

« Il est créé, auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour une période de cinq ans à compter du 1er janvier 2007, un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée. Avant la fin du dernier semestre de cette période de cinq ans, il est procédé à une évaluation du fonctionnement de cet observatoire ; celle-ci devra se prononcer sur l'opportunité de le voir poursuivre son activité de façon autonome ou de le fusionner avec le conseil de l'hospitalisation mentionné à l'article L. 162-21-2.

« L'observatoire est chargé du suivi tout au long de l'année des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation se fondant sur l'analyse des données d'activité de soins et des dépenses engendrées par ces activités.

« Afin de remplir ses missions, l'observatoire est rendu destinataire, à sa demande, des données nécessaires à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés.

(1) Ce seuil a été fixé par le décret 2004-1077 à 0,75 %.

« Il remet au Gouvernement et au Parlement un rapport semestriel sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Le Gouvernement consulte l'observatoire préalablement à la mise en oeuvre de la procédure prévue au second alinéa du II des articles L. 162-22-3 et L. 162-22-10.

« L'observatoire est composé :

« 1° De représentants des services de l'Etat ;

« 2° De représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés ;

« 3° De représentants des organismes nationaux de l'assurance maladie.

« Les règles relatives à la constitution, à la composition et au fonctionnement de l'observatoire sont définies par décret. »

A côté de cette double innovation de l'avis du comité d'alerte et de la consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, la possibilité de modifier de façon différenciée les tarifs par catégories d'établissements (établissements publics ou privés) et par tarifs de prestations reste ouverte de façon inchangée.

Le V a pour objet d'introduire une procédure de régulation des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements de santé privés de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation financés sous Objectif quantifié national (OQN) similaire à celle mise en place au IV pour les établissements financés sous ODMCO. Le second alinéa du II de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale est remplacé par un II bis qui organise de nouvelles modalités de régulation infra-annuelle des tarifs faisant intervenir à la fois le comité d'alerte créé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et l'observatoire économique de l'hospitalisation créé par la loi du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Actuellement, une possibilité de régulation infraannuelle des tarifs des prestations d'hospitalisation est ouverte à l'Etat dès lors qu'il lui apparaît que l'état définitif des charges au titre des soins dispensés l'année antérieure ou le montant des charges constatées au fur et à mesure de l'année en cours transmis par l'assurance maladie n'est pas compatible avec le respect de l'OQN.

Le nouveau II bis de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale conditionne l'enclenchement de cette procédure de régulation des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements financés sous OQN à l'avis du comité d'alerte créé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et chargé de surveiller l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Ainsi, l'Etat pourra désormais modifier les tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements financés sous OQN après que le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie a émis un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de

dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'OQN.

Cette modification des tarifs devra être précédée de la consultation par l'Etat de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.

Le **VI** a pour objet de procéder à une coordination rédactionnelle au sein du code de la sécurité sociale rendue nécessaire par les modifications opérées au IV et V et remplace en conséquence, au quatrième alinéa de l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale relatif à l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, les références au second alinéa du II des articles L. 162-22-3 et L. 162-22-10 par celles au II bis des articles L. 162-22-3 et L. 162-22-10 qui les remplacent.

Le **VII** a pour objet de modifier plusieurs dispositions du code de la sécurité sociale et du code de l'action sociale et des familles afin de faciliter les opérations de reconversion d'activité en assouplissant les règles relatives à la gestion des objectifs de régulation, qu'il s'agisse des objectif de régulation hospitaliers ou des objectif de régulation du secteur médico-social.

Le Parlement fixe chaque année le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) dans la loi de financement de la sécurité sociale. Au sein de cet objectif global, les dépenses relatives aux établissements de santé et aux établissements du secteur médico-social sont régulées grâce au contrôle d'objectifs spécifiques.

On distingue ainsi, pour les objectifs de régulation hospitaliers, l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO) – article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale –, l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) qui concerne notamment les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychiatrie du secteur public ainsi que les unités de soins de longue durée (USLD) – article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale – et l'objectif quantifié national (OQN) relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation – article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale. Ces objectifs sont fixés par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale et du budget.

S'agissant du secteur médico-social, il existe également des objectifs des dépenses, correspondant d'une part au financement de plusieurs catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles) et d'autre part au financement d'établissements spécifiques tels que les appartements de coordination thérapeutique, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et les structures dénommées lits halte soins santé (L. 314-3-2 du code de l'action sociale). Ces deux objectifs sont fixés chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget.

Ces objectifs de régulation hospitaliers sont aujourd'hui déterminés en tenant compte des opérations de fongibilité prévues au cours de l'année précédente, c'est-à-dire les changements de régime juridique ou financier.

Toutefois, des opérations de fongibilité peuvent avoir lieu tout au long de l'année. Or, le dispositif actuel empêche d'envisager un dépassement provisoire de certains sous-objectifs en cours d'année et par conséquent de financer ces opérations.

Afin de faciliter les opérations de reconversions d'activités en gestion (par exemple en orientant leurs champs d'activités vers le développement et la conversion de lits du secteur sanitaire vers le médico-social, ou au sein du secteur sanitaire du court vers le moyen et long séjour), il convient d'assouplir le dispositif existant en autorisant le dépassement des objectifs pour assurer le financement d'opérations validées en cours d'année. La validation de certaines opérations en cours d'année permettra également de diminuer le stock d'opérations de fongibilité à étudier en fin d'année.

Le VII dispose en conséquence, pour tous les objectifs de régulation hospitaliers ou du secteur médico-social, « *qu'il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions réalisées en cours d'année* ». Par cohérence, il est également prévu que le plan de contrôle des prestations servies inclu dans la convention d'objectifs et de gestion conclue entre la branche maladie et l'Etat (article L. 227-1 du code de la sécurité sociale peut également être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions réalisées en cours d'année.

Une correction des sous-objectifs à la hausse ou à la baisse par voie d'arrêté réglementaire devra ainsi être prise en fin d'année dans le respect de l'ONDAM après avoir recensé l'ensemble des opérations de fongibilité réalisées en cours d'année. Ainsi, la surconsommation d'un sous-objectif devra nécessairement être compensée par la sous-consommation d'un autre.

Le VIII a pour objet de modifier le IV de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 de financement de la sécurité sociale pour 2004 afin de préciser le régime juridique de la suppression progressive du coefficient de haute technicité.

Le coefficient de haute technicité est une modalité de la tarification à l'activité (T2A) destinée à rémunérer les surcoûts liés à des contraintes particulières d'environnement rendues nécessaires par les plateaux techniques et les soins rendus pour des établissements de santé privés qui sont historiquement titulaires de lits de chirurgie à soins particulièrement coûteux (SPC) en vertu des dispositions de l'annexe A de l'arrêté du 29 juin 1978. Il rémunère les surcoûts liés à la mise en place de ces environnements particuliers que ne peuvent pas prendre en compte les tarifs nationaux de GHS. Il permet ainsi à des établissements de santé privés antérieurement financés par un prix de journée de bénéficier d'un supplément de recettes grâce à une majoration de l'ensemble des tarifs des GHS.

Le IV de l'article 33 de la loi n°2003-1199 de financement de la sécurité sociale pour 2004 dispose dans sa rédaction actuelle que le coefficient de haute technicité est réduit progressivement dans les conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour disparaître au plus tard en 2012 et que sa valeur est réduite d'au moins 50 % en 2009.

Cet arrêté relatif aux modalités de disparition progressive du coefficient de haute technicité des établissements de santé a été pris le 25 février 2008. Il prévoit que la valeur du coefficient de haute technicité est réduite de 50% puis disparaît en 2009. En contrepartie, il met place, jusqu'en 2012, un forfait annuel de haute technicité perçu par les établissements de santé concernés afin de lisser les effets revenu engendrés par la disparition du coefficient.

A partir du moment où cet arrêté a prévu la suppression du coefficient dès le 1^{er} mars 2009, il est nécessaire de modifier la fin du IV de l'article 33 de la loi n°2003-1199 de financement de la sécurité sociale pour 2004 qui prévoit, le cas échéant, les modalités de sa réduction progressive jusqu'en 2012 avec une étape intermédiaire en 2009. C'est l'objet du 1^o du VIII.

Par ailleurs, le 2^o élève au niveau législatif la création du forfait de haute technicité mis en place par l'arrêté du 25 février 2008 relatif aux modalités de disparition progressive du coefficient de haute technicité des établissements de santé et renvoie à l'arrêté les modalités de sa suppression. L'objet de cette consécration législative du forfait annuel de haute technicité est de sécuriser juridiquement le dispositif de manière à éviter tout risque contentieux de la part des établissements qui subiraient des pertes financières liées à la disparition du coefficient de haute technicité.

Le IX a pour objet d'insérer un nouvel alinéa après le deuxième alinéa de l'article L. 174-6 de la section 2 (« *Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les unités ou centres de long séjour* ») du chapitre 4 (« *Prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements* ») du titre VII (« *Coordination entre les régimes – prise en charge de certaines dépenses par les régimes* ») du livre I^{er} (« *Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base* ») du code de la sécurité sociale afin d'aligner les règles de fixation des tarifs dans les unités de soins de longue durée (USLD) qui relèvent du champ sanitaire sur les règles qui prévalent pour les établissements médico-sociaux.

Les unités de soins de longue durée (USLD) visées à l'article L.6111-2 du code de la santé publique bénéficient d'un mode de financement similaire aux établissements médico-sociaux (financement ternaire, tarification des soins en fonction des points GMPS) déterminé selon un modèle commun à celui des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) reposant sur une répartition des dépenses et des recettes en trois sections tarifaires (soin, dépendance, hébergement).

Le passage des établissements dans ce budget ternaire s'effectue progressivement, après signature d'une convention tripartite entre chaque établissement et ses autorités de tarification, le directeur de l'ARH (USLD) ou la CNSA (EHPAD) pour les soins et le Conseil général pour l'hébergement et la dépendance.

Pour le calcul de la dotation soin, le nombre croissant de résidents souffrant de pathologies nécessitant des soins médicaux et techniques importants (SMTI) a nécessité d'adapter le financement à cette charge en soins. Le mode de calcul élaboré sur la base de la coupe dite Pathos permet d'évaluer les soins requis, selon la charge en soins du patient (GMP) sous forme d'un point Pathos pondéré (PMP) et d'établir le plafond de ressources d'assurance maladie calculé selon la formule suivante : $(GMP + PMP) * \text{capacité} * \text{tarif}$, ce dernier étant de 11 ou 12 euros en fonction de la présence ou non d'une PUI (pharmacie à usage intérieur).

La somme des deux grandeurs (GMP et PMP) constituera le groupe iso-ressources moyen pondéré (GMPS) de l'établissement.

Le VIII de l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a institué la possibilité pour le ministre chargé de la sécurité sociale de fixer par arrêtés annuels des tarifs plafonds ou des règles de calcul de ces tarifs plafonds applicables aux établissements médico-sociaux.

Alors que leur mode de financement est similaire, les USLD n'étaient pas jusqu'à aujourd'hui concernées par ces tarifs plafonds. Le IX propose de fixer désormais les mêmes règles pour les établissements relevant du champ sanitaire en prévoyant que les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé pourront fixer annuellement les tarifs plafonds ou les règles de calcul de ces tarifs plafonds pour les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés ci-dessus ainsi que les règles de convergence permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds.

En permettant de définir les modalités de convergence ainsi que les modes de fixation des règles de calcul des tarifs des établissements relevant des champs sanitaire et médico-social déterminés par un arrêté des ministres compétents pour chacun de ces champs, cette mesure traduit la volonté d'homogénéiser progressivement les niveaux de financement des USLD.

Le X remplace le II de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 afin de maintenir jusqu'au 31 décembre 2012, dans les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale, 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.

En effet, 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, plusieurs dispositions des lois de financement de la sécurité sociale pour 2007 et 2008 ont maintenu 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.

Le X prolonge ces dérogations au calcul du ticket modérateur sur le tarif des GHS en disposant que les conditions et modalités de la participation de l'assuré aux tarifs des prestations d'hospitalisation seront fixées par voie réglementaire.

Article 40

Clarification du traitement des situations de déséquilibre financier des établissements publics de santé et harmonisation des mises sous administration provisoire

L'article 40 a pour objet de mieux articuler les procédures de traitement des situations de déséquilibre financier des établissements publics de santé (plan de redressement et mise sous administration provisoire), de transposer ces procédures aux établissements de santé privés et d'étendre aux centres de lutte contre le cancer les règles applicables aux établissements de santé relatives à la certification, au redressement et à la mise sous administration provisoire et au devenir en cas de fermeture définitive de l'établissement.

Le I procède à une réécriture globale de l'article L. 6143-3 du chapitre III (« *Conseil d'administration, directeur et conseil exécutif* ») du titre IV (« *Etablissements publics de santé* ») du livre I^{er} (« *Etablissements de santé* ») de la sixième partie (« *Etablissements et services de santé* ») du code de la santé publique.

La procédure relative au plan de redressement que doit présenter un établissement public de santé dans certaines situations est précisée. C'est toujours le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation qui est à l'origine de la demande de présentation d'un plan de redressement par un établissement public de santé mais un délai, qui ne peut être inférieur à un mois, est désormais fixé pour la

présentation du plan par l'établissement public. Les cas dans lesquels le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander à l'établissement public de santé de présenter un plan de redressement sont étendus puisque si la demande continue à pouvoir être formulée lorsque l'établissement présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret, elle peut désormais également l'être lorsque le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation estime que la situation financière de l'établissement l'exige. Les modalités de retour à l'équilibre prévues par le plan de redressement continuent de donner lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'établissement et l'Agence régionale de l'hospitalisation. Il convient de souligner que la saisine de la chambre régionale des comptes par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation lorsque la dégradation financière répond à des critères définis par décret n'est plus obligatoire.

Le II modifie l'article 6143-3 du code de la santé publique relatif à la procédure de mise sous administration provisoire des établissements de santé publics.

Le 1° aménage la procédure de mise sous administration provisoire en y apportant trois modifications principales.

En premier lieu, le champ des personnes pouvant être désignées en qualité d'administrateur provisoire d'un établissement public de santé en difficulté est élargi. L'administration provisoire était antérieurement réservée aux conseillers généraux des établissements de santé.

Les conseillers généraux des établissements de santé

« Institués par l'article 2 de l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, codifié à l'article L. 6141-7-2 du code de la santé publique, les conseillers généraux des établissements de santé ont essentiellement pour mission d'accompagner les établissements de santé publics, privés ou participant au service public, dans l'actuel processus de modernisation.

Placés sous l'autorité du ministre chargé de la santé et rattachés au directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, les conseillers généraux des établissements de santé sont choisis pour leur expérience professionnelle et leur expertise de haut niveau dans le domaine des politiques hospitalières et de l'organisation des soins.

Les missions qu'ils exercent sont, d'une part, des missions ciblées, à la demande d'un établissement ou d'une ARH, sur des hôpitaux ou des territoires de santé en difficulté, d'autre part, des missions transversales sur des thématiques-clés pour la modernisation du système de santé, afin de proposer des mesures propres à améliorer le fonctionnement des établissements et leurs relations avec les collectivités territoriales, les usagers et l'Etat. Enfin, ils peuvent être amenés à assurer l'administration provisoire d'un établissement public de santé, sur désignation du ministre chargé de la santé, dans des conditions fixées par la loi.

On compte aujourd'hui vingt-huit conseillers généraux des établissements de santé ».

Source : Rapport d'information « Pour une gestion responsable de l'hôpital n° 403 (2007-2008) de MM. Alain Vasselle et Bernard Cazeau, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, déposé le 18 juin 2008

L'administration provisoire pourra désormais être confiée à des inspecteurs du corps de l'Inspection générale des affaires sociales, à des inspecteurs de l'Inspection générale des finances, à des personnels de direction des établissements mentionnés aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ou à toutes autres personnalités qualifiées.

En second lieu, le dispositif nouveau prévoit une meilleure articulation de la procédure de mise sous administration préalable avec celle du plan de redressement. En effet, les mesures de redressement deviennent désormais un préalable à la procédure de mise sous administration provisoire alors que dans le dispositif issu de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2008, les deux procédures étaient juridiquement autonomes l'une de l'autre. L'absence ou l'inexécution du plan de redressement, le refus de signer un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, ou l'insuffisance du plan de redressement pourront désormais justifier le passage à la seconde étape de la mise sous administration provisoire.

Enfin, la saisine de la chambre régionale des comptes pour recueillir son avis sur la situation financière et, le cas échéant ses propositions de mesures de redressement devient une simple faculté, et non plus une obligation, pour le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Le 2° a pour objet de prévoir le devenir du directeur de l'établissement et, le cas échéant des autres membres du personnel de direction et des directeurs des soins concernés par la mise sous administration provisoire. Ceux-ci seront alors placés, sans que l'avis de la commission administrative paritaire compétente soit requis, en recherche d'affectation auprès de l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers mentionné à l'article 50-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, dénommé centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG).

***Le centre national de gestion des praticiens hospitaliers
et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG)***

« L'ordonnance n° 2005-1112 du 1er septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière a prévu la création d'un établissement public administratif chargé de la gestion des carrières des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers.

L'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a fixé le régime juridique de l'établissement et déterminé ses ressources. Lors de l'examen de ce texte, votre commission s'était d'ailleurs étonnée que l'on crée le CNG par amendement à la loi de financement alors que, dans le même temps, le Sénat devait débattre du projet de loi de modernisation de la fonction publique.

Le décret n° 2007-704 du 4 mars 2007 relatif à l'organisation et au fonctionnement du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et modifiant le code de la santé publique a précisé son organisation.

En 2008, le CNG emploie 109 personnes, en charge de la gestion de carrière des 40 000 praticiens hospitaliers et des 5 000 directeurs (directeurs d'hôpital, directeurs d'établissement sanitaire, social et médicosocial, D3S) mais aussi des concours nationaux relatifs aux établissements de santé publics qui réunissent plus de 23 000 candidats chaque année. (17 000 candidats aux concours d'internats et 6 000 aux concours administratifs).

Le CNG est également chargé de la tenue d'un système informatisé de gestion à des fins de suivi individuel des personnels, d'études statistiques et de simulations prospectives relatives aux évolutions statutaires et financières. Pour remplir cette mission, il s'est doté d'une cellule statistique chargée d'établir en 2008 une cartographie nationale des emplois et des compétences des personnels médicaux et de direction ainsi que le bilan social de ces catégories de personnel ».

Source : Rapport d'information « Pour une gestion responsable de l'hôpital n° 403 (2007-2008) de MM. Alain Vasselle et Bernard Cazeau, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, déposé le 18 juin 2008

La mention au 2°, qui complète le deuxième alinéa de l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique, du fait que les administrateurs provisoires tiennent le conseil d'administration régulièrement informé des mesures qu'ils prennent apparaît superfétatoire dans la mesure où une telle disposition figure déjà dans le deuxième alinéa qui est complété.

Le III modifie l'article L. 6161-3-1 du chapitre Ier (« *Dispositions générales* ») du titre VI (« *Etablissements de santé privés* ») du livre I^{er} (« *Etablissements de santé* ») de la sixième partie (« *Etablissements et service de santé* ») du code de la santé publique afin de transposer les dispositions relatives au plan de redressement et à la mise sous administration provisoire aux établissements de santé privés.

Le 1° introduit quelques modifications destinées à rendre obligatoire dans certains cas la production d'un plan de redressement.

Le a) prévoit que dans les établissements de santé privés mentionnés aux articles L. 6161-4, c'est-à-dire les établissements de santé privés à but non lucratif ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier, et dans les établissements de santé privés mentionnés au L. 6161-6, c'est-à-dire les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pourra désormais demander des mesures de redressement non seulement quand l'établissement remplit des critères de dégradation financière fixés par décret, ce qui est déjà une obligation pour lui, mais aussi lorsqu'il estime que la situation financière l'exige. En deçà des critères de dégradation financière fixés par décret, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation se voit ainsi reconnaître la possibilité, et non l'obligation, de demander des mesures de redressement.

Le b) introduit les comptes financiers, qui correspondent aux comptes sociaux par opposition au budget prévisionnel ou état provisoire des recettes et des dépenses (EPRD), dans les éléments pris en compte par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour adresser à l'établissement gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier et aux dysfonctionnements constatés. Les ratios de dégradation financière pourront donc désormais être calculés soit à partir de l'EPRD, soit à partir du compte financier.

Le c) dispose qu'en cas de dégradation financière, la personne morale gestionnaire de l'établissement devra non seulement remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés mais également produire un plan de redressement adapté. Il s'agit de calquer sur les établissements de santé privés l'obligation de faire du plan de redressement un passage obligé dans le traitement des déséquilibres.

Le 2° complète le quatrième alinéa relatif au rôle de l'administrateur provisoire pour indiquer que lui incomberont désormais également la préparation et la mise en œuvre du plan de redressement.

Le 3° complète enfin l'article L. 6161-3-1 pour prévoir qu'en cas d'échec de l'administration provisoire, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pourra saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 612-3 du code de commerce qui prévoient, en cas de faits de nature à compromettre la continuité de l'exploitation, le rôle du commissaire aux comptes dans une série de mesures graduées destinées à y remédier : délibération de l'organe collégial, convocation d'une assemblée générale et information du président du tribunal de commerce.

Le IV modifie l'article L. 6162-1 du chapitre II (« Centres de lutte contre le cancer ») du titre VI (« Etablissements de santé privés ») du livre I^{er} (« Etablissements de santé ») de la sixième partie (« Etablissements et service de santé ») du code de la santé publique étend aux centres de lutte contre le cancer les dispositions relatives à la certification et au contrôle des comptes (article L. 6161-1 du code de la santé publique), au redressement et à la mise sous administration provisoire (article L. 6161-3-1 du code de la santé publique) et au reversement, en cas de fermeture définitive de l'établissement, au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESP) des sommes affectées à l'établissement ou service fermé apportées par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics ou par les organismes de sécurité sociale et ayant permis le financement de l'actif immobilisé de l'établissement ou du service (article L. 6161-3-2 du code de la santé publique).

Article 41

**Création de l'agence nationale d'appui à la performance
des établissements de santé et médico-sociaux**

L'article 41 vise à remplacer l'article L. 6113-10 du chapitre 3 (« *Évaluation, accréditation et analyse de l'activité des établissements* ») du titre Ier (« *Organisation des activités des établissements de santé* ») du livre I^{er} (« *Établissement de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et service de santé* ») du code de la santé publique relatif au Groupement pour la modernisation du système d'information (GMSIH) par trois articles L. 6113-10, L. 6113-10-1 et L. 6113-10-2 créant une agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) dont la mission a pour objet l'appui à l'amélioration du service rendu au patient, la modernisation de la gestion et la maîtrise des dépenses dans les établissements.

1. Les structures nationales d'expertise et d'appui existantes

Pour apporter une aide extérieure aux établissements de santé et aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH), plusieurs structures ont été mises en place afin de les accompagner dans les projets d'investissements ou de réorganisation des établissements.

a) La Mission pour l'appui à l'investissement hospitalier (MAINH)

Par arrêté du 27 mars 2003, le ministre de la santé a décidé la création de la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier « *chargée d'accompagner techniquement le programme de rénovation du patrimoine hospitalier dans le plan Hôpital 2007* » et « *constituée d'une équipe nationale composée de personnes qualifiées et d'experts et des équipes régionales ou interrégionales placées auprès des Agences régionales de l'hospitalisation* ».

Cette organisation innovante accompagne ainsi l'administration centrale (DHOS), les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les décideurs et les équipes hospitaliers dans leur démarche d'investissement, de rénovation et de mise en œuvre des programmes nationaux. Elle s'adresse également à tous les acteurs du marché de la construction et des systèmes d'information. La MAINH participe à l'élaboration du cadre juridique, technique et financier des programmes nationaux, à leur suivi et à leur évaluation.

Elle est chargé de faciliter la réalisation et la diffusion des nouvelles modalités de maîtrise d'ouvrage au sein du secteur hospitalier et offre un appui méthodologique à la gestion des investissements et des coûts qui en découlent. Plus globalement, la MAINH se définit comme un centre de ressources et d'expertises, un lieu de mutualisation des expériences et d'échanges avec les spécialistes liés au patrimoine, à l'équipement et aux systèmes d'information.

Associée à la Mission de réalisation des actifs immobiliers (MRAI) rattachée au ministère de la Défense, elle aide les établissements de santé à vendre

leur patrimoine dans le cadre des opérations de restructuration. Elle facilite également l'utilisation des nouveaux outils juridiques et financiers (marchés globaux, baux emphytéotiques hospitaliers, contrats de partenariat).

Parallèlement au pilotage des plan de rénovation du patrimoine hospitalier, la MAINH élabore des outils méthodologiques variés (guide sur la mise en œuvre du bail emphytéotique hospitalier, guide de dynamisation hospitalier, observatoire de la construction hospitalière...).

Initialement créée pour accompagner le programme de rénovation du patrimoine hospitalier prévu dans le plan Hôpital 2007, la compétence de la MAINH a été étendue aux systèmes d'information hospitaliers en juillet 2005.

b) La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH)

Créée par la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2003 dans le cadre du plan Hôpital 2007 et financée par le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), la MEAH est destinée à aider les établissements de santé publics et privés à améliorer leur organisation en agissant sur l'organisation des activités et des services pour concilier qualité du service rendu aux patients, efficacité économique et conditions de travail pour le personnel.

Pour atteindre ces objectifs, la MEAH privilégie la mise en œuvre d'actions et de missions sur le terrain en offrant aux établissements un dispositif d'appui conseil délivré par des sociétés de consultants que la MEAH sélectionne et finance. A cette fin, elle est dotée d'un important budget d'études et de recherche, de l'ordre de treize millions d'euros par an.

La MEAH s'adresse à des établissements publics et privés volontaires pour mener des audits et mettre en œuvre de nouvelles modalités d'organisation. Les établissements concernés sont ceux qui ont développé des organisations efficaces ou qui, confrontés à des dysfonctionnement, souhaitent procéder à des changements, sont prêts à fournir les informations dont ils disposent sur leurs moyens, leur activité et leur fonctionnement et s'engagent à mettre en œuvre les changements préconisés et à en évaluer les résultats.

c) Le Groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (GMSIH)

Créé par le législateur en mars 2000 pour une période initiale de sept ans, le Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier est un groupement d'intérêt public (GIP) qui fédère l'expression des besoins des établissements de santé publics et privés dans le domaine des systèmes d'information dont les missions ont été renouvelées et étendues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 afin de favoriser l'échange de l'information dans les réseaux de santé en vue de l'amélioration de la coordination des soins.

Le législateur a confié plusieurs missions au GMSIH qui sont détaillées à l'actuel article L. 6113-10 du code de la sécurité sociale que l'article 40 a pour objet de remplacer.

Le GMSIH est chargé en premier lieu d'assurer la mise en cohérence des systèmes d'information utilisés par les établissements de santé à partir de l'expression des besoins des utilisateurs.

Il a aussi pour mission de travailler à l'interopérabilité des systèmes d'information des établissements de santé, c'est-à-dire à la compatibilité des équipements ou des procédures permettant à plusieurs systèmes ou organismes d'agir ensemble, et à l'ouverture des systèmes d'information qui mesure la capacité de ceux-ci à s'adapter lorsque l'environnement évolue rapidement, en cas de réformes réglementaires ou lors de la mutualisation ou la fusion de système d'information par exemple.

Le GMSIH œuvre également à la mise en place de la sécurité dans les systèmes d'information afin de garantir aux acteurs du système de santé que l'interopérabilité et l'ouverture des systèmes d'information des établissements de santé peuvent progresser dans le respect de la confidentialité des données transmises et des droits des patients.

Enfin, le GMSIH a pour mission de favoriser les échanges d'information dans les réseaux de santé entre la médecine de ville, les établissements de santé et le secteur médico-social afin d'améliorer la coordination des soins.

2. Une architecture complexe et souvent critiquée

L'organisation éclatée des structures nationales d'expertise et d'appui aux établissements de santé a fait l'objet de critiques récurrentes.

Le rapport de la Cour des comptes de septembre 2006 sur l'application des lois de financement a ainsi par exemple consacré un long développement au « *pilotage de la politique hospitalière* » qui mettait en avant une « *organisation administrative insatisfaisante* » dans la mise en œuvre du plan Hôpital 2007. La Cour critiquait notamment le rattachement administratif de la MAINH et de la MEAH à l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France (ARH-IF) « *en contradiction manifeste avec le principe de spécialité des ARH* » et soulignait que la dispersion des responsabilités compliquait les processus de décision et affectait l'efficacité et la cohérence d'ensemble de l'action de l'administration centrale.

L'organisation administrative des systèmes d'information des établissements de santé a en particulier concentrée les critiques.

Plusieurs rapport parlementaire, dont le rapport d'information du Sénat N°35 (octobre 2007) fait au nom de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation sur le suivi du référé de la Cour des comptes concernant l'interopérabilité des systèmes d'information de

santé par M. Jean-Jacques Jégou a réitéré les critiques sur le trop grand nombre de structures concernées qui nuisent à l'efficacité du système.

Par ailleurs, le rapport (avril 2008) de la mission de relance du projet de dossier médical personnel réalisé par M. Michel Gagneux, inspecteur général des affaires sociales, critiquait sévèrement la création au fil des années d'opérateurs spécialisés débouchant sur un morcellement de la capacité de maîtrise d'ouvrage publique en matière de systèmes d'information de santé.

La tendance au morcellement de la maîtrise d'ouvrage publique

« Dans un mouvement typique de la sociologie administrative, ces structures ont eu tendance à gagner en autonomie, à revendiquer leur spécificité et à développer chacune de leur côté les « métiers » qui leur était nécessaires, souvent au prix de redondances ou de rivalités de compétences, puis à chercher à se pérenniser. Les difficultés de l'administration centrale, progressivement dépouillée des ressources et des compétences requises, à assurer la supervision et la coordination de ces organismes, ont eu pour effet de segmenter et de cloisonner les projets.

Il en résulte une maîtrise d'ouvrage publique compartimentée et peu efficiente, segmentée par la dualité de gouvernance entre l'Etat et la Caisse nationale d'assurance maladie, le cloisonnement des services de l'Etat, et la spécialisation d'opérateurs nombreux, ne disposant pas toujours de la taille critique nécessaire mais peu enclins à mutualiser leurs moyens ou leurs savoir-faire.

Une telle configuration présente désormais trop d'inconvénients pour être maintenue :

– elle induit un « coût » de coordination prohibitif, les acteurs déployant une énergie et un temps considérables à négocier ou tout simplement définir les conditions de leur coopération ;

– elle ne permet de garantir ni une bonne réactivité des opérateurs aux impulsions des autorités de supervision, ni une bonne couverture de l'ensemble des besoins ;

– elle entraîne une dispersion des moyens, et ne facilite pas l'allocation optimale des ressources aux différents projets ;

– elle tend à cantonner chaque opérateur sur un champ étroit alors que l'évolution des systèmes d'information vers les échanges et le partage d'information oblige les acteurs à résoudre les mêmes problèmes d'interopérabilité, et à poursuivre de ce fait des objectifs semblables, connexes ou interdépendants.

Les problèmes rencontrés dans la réalisation des répertoires d'identification (RPPS notamment), comme dans la mise en oeuvre d'une stratégie d'adaptation des systèmes d'information hospitaliers trouvent en partie leur origine dans cette sorte « d'atomisation enchevêtrée » des compétences des opérateurs, et dans la difficulté à rationaliser leurs interventions respectives».

Source : Rapport de la mission de relance du DMP – 11 avril 2008

La révision générale des politiques publiques (RGPP) a également été l'occasion de mettre en évidence la nécessité de regrouper les opérateurs dès lors que les métiers sont cohérents. Dans cet esprit, la fusion de la MAINH et de la MEAH au service d'une politique d'efficacité hospitalière a été annoncée par le Gouvernement à l'issue du deuxième (avril 2008) et du troisième (juin 2008)

Conseil de modernisation des politiques publique (CMPP), piste qu'évoquait déjà le ministre de la santé, M. Xavier Bertrand, en février 2007, à l'occasion de l'annonce du plan Hôpital 2012 en lançant l'idée de la création d'une Agence nationale de l'efficience.

Le dernier rapport de la Cour des comptes de septembre 2008 sur l'application des lois de financement réitère les critiques de la Cour en soulignant que « *le pilotage des systèmes d'information hospitaliers fait intervenir un grand nombre d'organismes insuffisamment coordonnés* » tout en espérant que « *l'intégration du GIP-GMSIH dans une future « agence de l'efficience » (avec la MAINH et la MEAH) devrait permettre d'amplifier l'appui aux ARH et aux établissements sur les choix techniques, fonctionnels et les bonnes pratiques de développement informatique et de déploiement des systèmes d'information médicaux* ».

3. La création d'une nouvelle Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicaux-sociaux (ANAP)

Tirant les leçons de ses nombreuses critiques, l'article 41 créé une Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) destinée à améliorer l'efficience des établissements de santé et médico-sociaux.

Le **I** remplace l'article L. 6113-10 du chapitre III (« Evaluation, accréditation et analyse de l'activité des établissements ») du livre I^{er} (« Etablissement de santé ») de la sixième partie (« Etablissements et services de santé ») du code de la santé publique par trois nouveaux articles L. 6113-10, L. 6113-10-1 et L. 6113-10-2.

L'article L. 6113-10 définit la forme juridique de la nouvelle agence ainsi que son objet.

L'ANAP est constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP), personne morale de droit public dotée d'une structure de fonctionnement légère et de règles de gestion souples, constitué entre l'Etat, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux.

Son objet est l'appui à l'amélioration du service rendu au patient, la modernisation de la gestion et la maîtrise des dépenses dans les établissements.

L'article L. 6113-10-1 dispose que le groupement est soumis aux dispositions des articles L. 341-2 à L. 341-4 du code de la recherche, c'est-à-dire aux règles de droit commun des GIP sous réserves de quelques particularités. Le directeur général du groupement est nommé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la solidarité (et non par le conseil d'administration). Le groupement peut employer des agents régis par le statut général des fonctionnaires mais aussi des médecins, des odontologistes et des pharmaciens en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition. Il

peut enfin également employer des agents contractuels de droit public et de droit privé, avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée.

L'article L. 6113-10-2 détaille les ressources du groupement. Celles-ci sont notamment constituées par :

– une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale ;

– une dotation versée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

– des subventions de l'Etat, des collectivités publiques, de leurs établissements publics, de l'Union européenne ou des organisations internationales ;

– des ressources propres, dons et legs.

Le premier alinéa du II organise le transfert, à titre gratuit, des droits et obligations des différentes structures qui se fondent dans l'ANAP.

Ainsi, les droits et obligations contractés par l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France pour le compte de la mission d'expertise et d'audit hospitaliers et de la mission nationale d'appui à l'investissement sont transférés à l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux à la date de publication de l'arrêté d'approbation de sa convention constitutive, tandis que les droits et obligations contractés par le groupement pour la modernisation du système d'information sont transférés à l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux à la date de publication de l'arrêté d'approbation de sa convention constitutive.

Le deuxième alinéa du II dispose que la dotation à l'ANAP des régimes obligatoires d'assurance maladie – dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale – est minorée des montants versés pour 2009 au titre du III quater de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001. Cette dernière disposition prévoit que le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés article (FMESPP) prend en charge les frais de fonctionnement de la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) ainsi que les frais de fonctionnement de la mission nationale d'appui à l'investissement (MAINH).

Enfin, le troisième alinéa du II prévoit que les dispositions relatives au Groupement pour la modernisation du système d'information (GMSI) de l'article L. 6113-10 du code de la santé publique dans leur rédaction antérieure à la

présente loi demeurent en vigueur jusqu'à la date de publication de l'arrêté d'approbation de la convention constitutive de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

Article 42

Extension du champ des mises sous accord préalable à des prestations d'hospitalisation atypiques

L'article 41 a pour objet d'étendre la procédure de mise sous accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme d'assurance maladie prévue à l'article L. 162-1-17 du chapitre 2 (« *Dispositions générales relatives aux soins* ») du titre VI (« *Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales* ») du livre I^{er} (« *Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base* ») du code de la sécurité sociale pour le développement de la chirurgie ambulatoire à des prestations d'hospitalisation d'établissements de santé caractérisées par une évolution atypique.

Le système des ententes préalables se définit comme la possibilité de subordonner la couverture de certains frais engagés à l'accord préalable du service médical de l'assurance maladie. En l'absence d'accord préalable, la prise en charge par l'assurance maladie des prestations ne peut intervenir et celles-ci ne peuvent être facturées aux patients.

Créé en 1968, le service médical de l'assurance maladie a pour principale mission d'apprécier la justification médicale des prestations demandées pour les assurés : arrêt de travail, demande d'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée par exemple. Il a ainsi pour principale mission de donner des avis sur les demandes des assurés sociaux et de développer des actions de santé publique dans le domaine de la médecine ambulatoire et hospitalière. Au sein du service médical, les médecins-conseils assurent le rôle de conseiller technique et d'expert auprès des caisses d'assurance maladie et se prononcent en particulier sur l'aptitude d'un assuré à une activité salariée.

Le service médical contribue utilement à la pérennité d'une assurance maladie solidaire en favorisant le bon usage du système de soins et en luttant contre les abus et les fraudes. Le service médical a également pour ambition de simplifier les relations des assurés et des professionnels de santé avec l'assurance maladie.

Alors que le système des ententes préalables avait été progressivement réduit, y compris dans le secteur dentaire, à l'exception de l'orthodontie, la loi du 13 août 2004 a réintroduit une procédure de mise sous accord préalable applicable pour les prescriptions relatives aux indemnités journalières et aux transports sanitaires. En l'occurrence, le mécanisme prévu était destiné à être actionné lorsque le nombre ou la durée des arrêts de travail ou des transports sanitaires

prescrits par un médecin était significativement supérieurs aux données moyennes constatées pour une activité comparable pour des médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).

Dans son plan de redressement de l'assurance maladie du 19 juin 2007, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a proposé (proposition n° 7) d'étendre le dispositif de mise sous accord préalable aux établissements déviants.

La loi de financement pour la sécurité sociale pour 2008 a procédé à un premier renforcement substantiel du dispositif d'accord préalable en l'étendant, à l'initiative du Sénat, aux établissements de santé en ouvrant la possibilité de mise sous accord préalable pour les établissements qui ont anormalement facturé des prestations d'hospitalisation complète qui auraient pu être réalisées en chirurgie ambulatoire.

L'article 41 du présent projet de loi étend encore cette procédure de mise sous accord préalable en l'appliquant désormais aux établissements de santé qui réalisent une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute autorité de santé (HAS) ou un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies, pour une activité comparable, à partir des données que les praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés ont transmis au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement conformément aux prescriptions de l'article L. 6113-7 du code de la santé publique.

Cette mise sous accord préalable peut être décidée, sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) composée paritairement de représentants de l'Etat et de l'assurance maladie, à partir des données médico-économiques produites par les établissements de santé et par rapport aux référentiels établis par la HAS.

La mise sous accord préalable, pour une durée qui ne peut excéder six mois, intervient à l'issu d'une procédure contradictoire qui est mise en œuvre dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article L. 162-1-14 prévoyant les sanctions, notamment financières, applicables aux professionnels de santé, assureurs, employeurs et établissements de santé en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale.

Il convient de souligner que l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des prestations d'hospitalisation en cas d'urgence attestée par l'établissement.

Article 43

Récupération sur les tarifs soins des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes des dépenses d'assurance maladie indûment prises en charge à titre individuel par un organisme d'assurance maladie

Le présent article organise la récupération par l'assurance maladie des dépenses médicales et paramédicales d'assurance maladie des personnes résidant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui relèvent du tarif afférent aux soins de l'établissement mais qui ont été prises en charge, à titre individuel, par un organisme d'assurance maladie.

Au 25 septembre 2008, 6 795 conventions tripartites étaient signées. Elles correspondent à 538 619 places d'hébergement. Le nombre total de places éligibles au conventionnement est estimé à 557 000.

Parmi les unités de soins de longue durée (USLD), environ 57 000 places étaient conventionnées à la fin du mois de septembre 2008. Selon l'estimation du secrétariat d'Etat chargé de la solidarité, il reste à couvrir par une convention tripartite environ 10 000 à 12 000 places d'établissements ayant un groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré au moins égal à 800, soit entre 90 et 130 établissements. Ce sont essentiellement des places d'USLD.

Les dépenses afférentes aux soins de ces résidents sont financées par les tarifs soins de ces établissements. En application de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, l'article R. 314-158 a défini la structure de tarification des prestations des EHPAD (*cf.* le commentaire de l'article 44 du projet de loi sur le système de tarification des séjours en EHPAD). L'article R. 314-161 fixe le périmètre du financement par le tarif afférents aux soins : « *Les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des personnes résidant dans l'établissement ainsi que les prestations paramédicales correspondant aux soins liées à l'état de dépendance des personnes accueillies* ».

Le III de l'article R. 314-162 fixe le périmètre d'imputation des charges sur ce tarif soins :

« a) *Les charges relatives aux prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et aux fournitures médicales ;*

« b) *Les charges relatives à l'emploi de personnel assurant les soins y compris celles prévues à l'article R. 314-164 ;*

« c) *L'amortissement du matériel médical dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé des affaires sociales ;*

« d) *Les forfaits journaliers mentionnés à l'article R. 314-207. »*

L'article R. 314-167 offre aux EHPAD deux options tarifaires en matière de soins : soit un tarif journalier global (incluant rémunérations des médecins et auxiliaires libéraux, examens de biologie et de radiologie, médicaments), soit un tarif journalier partiel ne comprenant ni les examens ni les charges de personnel autres que celles entraînées par le médecin coordonnateur et celles relatives aux infirmiers libéraux (sont ainsi exclues les rémunérations des médecins généralistes et auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement). Un arrêté ministériel définit les caractéristiques et la nature des examens et médicaments pris en charge.

L'article R. 314-168 définit les prestations de soins qui ne sont pas prises en compte dans le calcul des tarifs journaliers afférents aux soins des établissements mais qui entrent dans le champ de la prise en charge par l'assurance maladie. Il s'agit :

– des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie (*a* du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique) ;

– des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion (*b* du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique) ;

– des séjours et interventions de services de suppléance aux insuffisants rénaux et respiratoires chroniques ;

– des interventions *in situ* des équipes pluridisciplinaires relevant des secteurs de psychiatrie générale ;

– des soins conservateurs, chirurgicaux et de prothèses dentaires réalisés tant en établissement de santé qu'en cabinet de ville ;

– des dispositifs médicaux autres que ceux dont la prise en charge est mentionnée par le III de l'article R. 314-162 en fonction de l'option tarifaire retenue par l'établissement ;

– des examens médicaux nécessitant le recours à des équipements matériels lourds, lorsque ces examens ne nécessitent pas d'hospitalisation de la personne ;

– des honoraires des médecins spécialistes libéraux ;

– des transports sanitaires.

La répartition de la prise en charge par l'assurance maladie des prestations médicales des personnes âgées dépendantes hébergées en établissement – soit *via* les tarifs soins, soit *via* les dépenses de soins de ville des résidents auprès de médecins libéraux – a généré des abus coûteux : des caisses ont ainsi remboursé

des dépenses de soins de ville des résidents également prises en charge par les tarifs soins des EHPAD.

Le projet de loi définit une procédure permettant de résoudre cette double prise en charge sans pénaliser le résident en cause ni limiter la liberté des résidents des EHPAD d'aller consulter des médecins hors de l'établissement ou la liberté de ces médecins d'établir une prescription pour cette catégorie de client. Un article L. 133-4-4 est inséré à cet effet dans un chapitre du code de la sécurité sociale relatif au recouvrement des cotisations et au versement des prestations.

Le premier alinéa de l'article L. 133-4-4 définit la procédure de récupération des dépenses qui auraient été prises en charge par une caisse d'assurance maladie d'un régime obligatoire alors que la dépense aurait dû exclusivement relever d'une prise en charge au titre du tarif journalier afférent aux soins de l'EHPAD dans lequel est hébergé le destinataire de la prescription.

La récupération par l'assurance doit concerner les prises en charge à titre individuel des prestations d'assurance maladie entrant dans le champ défini au premier alinéa. La récupération englobe les prestations entrant dans la dispense d'avance de frais.

Lorsqu'une double prise en charge a été constatée, la caisse primaire d'assurance maladie, ou la caisse relevant d'un autre régime désignée par convention entre le régime général et ce régime lorsque dans l'établissement le nombre de ses ressortissants est le plus élevé (par exemple, établissement du régime des mines ou de la mutualité sociale agricole), déduit directement les sommes en cause des versements ultérieurs qu'elle adresse à l'établissement au titre de son forfait soins.

Cette réfaction n'est pas opérée si l'EHPAD conteste le caractère indu des sommes en cause. La commission de recours amiable de la caisse est compétente pour traiter les réclamations.

Les modalités de reversement aux organismes d'assurance maladie des sommes ainsi récupérées seront définies par décret simple.

L'action en recouvrement des caisses d'assurance maladie auprès des EHPAD est prescrite à l'échéance d'un délai de trois ans courant à compter du paiement de la somme en cause. L'action débute le jour de l'envoi à l'EHPAD d'une notification du montant réclamé.

Le **II** de l'article 43 du projet de loi ne fixe pas de date particulière pour l'entrée en vigueur de cette nouvelle procédure d'action en récupération. Elle entrera donc en vigueur le lendemain de la publication au Journal officiel de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Les actions pourront être engagées immédiatement car les dispositions de loi sont d'application directe, sauf pour les opérations de recouvrement qui nécessitent un décret. Les actions ne pourront toutefois concerner, comme le dispose le **II** de l'article, que les

notifications à payer intervenues, c'est-à-dire adressées, à compter de l'entrée en vigueur de l'article 43.

Article 44

Tarification à la ressource des établissements sociaux et médico-sociaux

Le présent article poursuit le processus de convergence tarifaire des établissements et services sociaux et médico-sociaux en visant à mettre en place une tarification à la ressource.

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 défini les nouveaux principes de tarification des établissements sociaux et médico-sociaux et reporté au 31 décembre 2003 l'obligation de signature de la convention tripartite (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.

La date limite de signature des conventions tripartites a été ultérieurement reportée jusqu'au 31 décembre 2007 et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 constatant qu'il restait 1 000 à 1 200 conventions à signer pour couvrir l'ensemble des établissements d'hébergement ayant un GIR moyen pondéré supérieur à 300, soit environ 86 000 places, a défini la structuration des dotations destinées au financement de ces établissements jusqu'à la prise d'effet de leur convention tripartite (article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles : un forfait global de soins égal au montant de leur forfait de soins pour 2007 si l'établissement est autorisé à dispenser des soins ; un forfait global de soins calcul à partir du degré de dépendance des résidents, de la capacité de l'établissement et d'un tarifs de soins à la place fixé par arrêté ministériel si l'établissement n'est pas autorisé à dispenser des soins ; le tarif journalier de droit commun afférent à la dépendance ; un tarif journalier de droit commun afférent à l'hébergement).

L'an dernier, à l'initiative de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le Parlement a confié au ministre chargé de la sécurité sociale le pouvoir « *fixer, par arrêtés annuels, les tarifs plafonds ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux* » (dernière phrase du deuxième alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles introduite par le VIII de l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008).

Cette disposition vise à mettre en œuvre l'objectif de « *réduction des inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements et services prenant en charge des populations comparables* » inscrit dans le même article du code à l'initiative de M. Jean-Luc Prél. Cette orientation traduit le principe de convergence tarifaire ou de convergence de moyens entre l'ensemble des établissements ou services d'accueil de personnes âgées dépendantes ou de personnes handicapées recevant des dotations de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les tarifs plafonds fixés par le ministre doivent en effet permettre de piloter l'allocation des enveloppes de dépenses médico-sociales

de l'ONDAM personnes âgées et personnes handicapées entre les établissements et services afin de réduire les inégalités de moyens.

Les dispositions du présent article visent à approfondir cette démarche.

Elles s'articulent avec les dispositions de l'article 74 du projet de loi de finances pour 2009 qui modifie le deuxième alinéa de l'article L. 314-4 du code de l'action sociale et des familles en proposant qu'« *un arrêté interministériel fixe, annuellement, les tarifs plafonds ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés au premier alinéa, ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds* ». Cette mesure vise à englober dans la convergence tarifaire les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS). Ces établissements, comme auparavant les EHPAD, sont en effet financés à partir de leurs charges et non en fonction de leurs ressources, ce qui crée des disparités sources d'inéquité sur le territoire entre ces établissements. La mesure a vocation à s'appliquer dès 2009 pour les ESAT et en 2010 pour les CHRS.

De même, le IX de l'article 39 du présent projet de loi applique la même réforme aux unités de soins de longue durée (USLD) (modification de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale).

Le **I** du présent article autorise les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget à fixer les règles de convergence tarifaire s'appliquant aux établissements et services sociaux et médico-sociaux dépassant leurs tarifs plafonds afin de ramener les tarifs pratiqués à ces plafonds. Ce dispositif s'applique aux dotations de financement des dépenses d'assurance maladie. Il est rendu nécessaire par la procédure de fixation de l'objectif de dépenses d'assurance maladie financé par l'ONDAM médico-social (personnes handicapées et personnes âgées) et les ressources propres de la CNSA affectées à ces établissements.

Le **II** transpose au secteur médico-social la procédure applicable au secteur sanitaire où il n'existe pas de négociation pour la fixation des dotations budgétaires de soins entre les établissements, l'Etat et l'assurance maladie : dès lors que les ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales fixeront les tarifs ou les règles de calcul des tarifs, l'autorité de tarification ne sera plus soumise à la procédure contradictoire de fixation du montant global des dépenses autorisées qui est prévue par le premier alinéa du II de l'article L. 314-7.

Cette procédure contradictoire résulte de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 précitée. Elle se traduit par un échange de propositions et de contre-propositions entre la direction de l'établissement ou du service et l'autorité de tarification qui peut être soit le préfet, soit le président du conseil général, soit les deux conjointement. Les caisses régionales d'assurance maladie sont également impliquées dans ces échanges (*cf.* article R. 314-3). En cas de

désaccord, les tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et sociale peuvent être saisis (article L. 351-1).

L'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOSS), auditionnée par le rapporteur, s'est déclarée fermement opposée à cette nouvelle organisation de la fixation des tarifs des établissements, qui mettrait à bas le dialogue avec les établissements et services et introduirait un système de tarification à l'activité qui ne serait pas indispensable pour parvenir à une mutualisation des moyens entre les établissements et services. Ce système risquerait de déboucher sur une discrimination des usagers en fonction de leurs ressources ou de leur solvabilité, de leur état de santé (éviter d'accueillir les patients présentant une trop forte charge de soins) ou de leurs difficultés sociales. Les structures seraient incitées à sélectionner les usagers et pratiquer les actes les plus rentables pour tenir leur budget : l'approche financière de l'activité d'accueil prendrait le pas sur le projet social et médico-social de l'établissement ou du service.

Les forfaits de soins seront en fait déterminés en fonction de la charge en soins imposée par l'état sanitaire des résidents actuels des EHPAD. Les établissements qui auront fait l'effort d'accueillir des personnes âgées dont l'état exige d'importantes prestations médicales bénéficieront donc de forfaits soins élevés. Le nouveau système doit donc récompenser les établissements ayant des projets d'hébergement ambitieux en direction des personnes âgées nécessitant un accompagnement médical important.

Le **III** de l'article définit pour la première fois dans la partie législative du code de l'action sociale et des familles la structuration tarifaire des établissements et services sociaux et médico-sociaux. À la différence de la tarification des établissements hospitaliers régie par la partie législative du code de la santé publique, la loi renvoie complètement depuis 1975 au pouvoir réglementaire le soin de définir la tarification des établissements sociaux et médico-sociaux en ne mentionnant que l'existence possible de tarification à la journée, au forfait, à la prestation ou par dotation (*cf.* notamment l'article L. 313-12). Cette structure a été fixée par les articles R. 314-158 et suivants. Les nouveaux pouvoirs unilatéraux des ministres amènent la loi à encadrer leurs compétences et définir les principes de la convergence tarifaire pour la partie soins des dotations.

L'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles est entièrement réécrit. Jusqu'à présent il définit les autorités compétentes pour la fixation de la tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le projet de loi propose de définir la structure même des tarifs, en reprenant la triple composante prévue actuellement par la partie réglementaire du code, et aménage la procédure applicable au tarif afférent aux soins.

Les prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux seront financées au moyen de trois ressources.

1° *Un forfait global relatif aux soins* : le montant du forfait prend en compte le niveau de dépendance moyen des résidents, qui est déterminé à partir du groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré de l'établissement comme cela est fait actuellement, ainsi que les « *besoins en soins médico-techniques des résidents* » évalués au moyen de l'outil logiciel Pathos qui détermine la charge de soins attaché à chaque résident (*cf.* rapport page 130 du rapport n° 3384 tome 2 de M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007).

Le forfait soins sera déterminé par l'Etat, en principe le préfet du département. Il s'appuiera sur un barème et des règles de calcul fixé par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des personnes âgées pour ce qui concerne la répartition des dotations régionales limitatives distribuées par la CNSA (en application du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles) et par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour ce qui concerne les dotations allouées aux unités ou centres de soins de longue durée (USLD) (en application de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale).

Le projet de loi supprime les avis du président du conseil général et de la caisse régionale d'assurance maladie prévus actuellement pour la fixation de la tarification des prestations de soins remboursables aux assurés sociaux.

L'exposé des motifs de l'article donne une explication claire des objectifs de cette nouvelle tarification à la ressource des prestations afférentes aux soins : le dispositif « *permet de rendre inopposable à l'assurance maladie la reprise des déficits d'exploitation des EHPAD sur les soins, en vue d'une meilleure responsabilisation des gestionnaires dans le cadre des ressources qui leur sont imparties* ».

2° *Un forfait global relatif à la dépendance* : le montant du forfait prend en compte le niveau de dépendance moyen des résidents, qui est déterminé à partir du groupe iso-ressources moyen pondéré de l'établissement comme cela est fait actuellement. Il est versé au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Les crédits d'Etat sont tirés du budget de la CNSA. Ils sont complétés par des crédits votés par le conseil général.

Le projet de loi ne modifie pas les règles en vigueur (*cf.* articles R. 314-160, R. 314-180 et R. 314-181). Le forfait reste fixé par arrêté du président du conseil général.

Ce forfait global reprend le système de la dotation budgétaire globale actuellement prévue, à l'origine à titre expérimental, par le II de l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles (*cf.* ci-après). Contrairement à l'APA versée à domicile, l'APA versée en établissement serait calculée globalement en fonction de l'état moyen de la perte d'autonomie des résidents de l'EHPAD.

3° *Des tarifs journaliers afférents aux prestations d'hébergement* : le projet de loi ne modifie pas les règles en vigueur (*cf.* articles R. 314-160, R. 314-181 et R. 314-182). Ces tarifs sont fixés par le président du conseil général. Ils s'appliquent aux bénéficiaires de l'aide sociale accueillis dans les établissements habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées.

Pour les établissements qui ne sont pas habilités à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale ou qui n'accueillent pas à titre principal des bénéficiaires de l'aide sociale pour la fraction de leur capacité n'ayant pas reçu une telle habilitation ou qui, tout en étant habilités à l'aide sociale, accueillent moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale par rapport à leur capacité agréée et ont passé avec le président du conseil une convention d'aide sociale fixant leurs conditions d'occupation et leur tarification d'hébergement (cas visés par l'article L. 342-1) et pour les résidents non admis à l'aide sociale des EHPAD et des USLD, les prestations d'hébergement sont régies par le dispositif allégé prévu par les articles L. 342-2 à L. 342-6 (liberté de fixation du prix de cette catégorie de prestations hormis celles prises en charge par l'aide sociale départementale).

En application du VII du présent article, la nouvelle structure tarifaire est applicable à compter du 1^{er} janvier 2010.

Le **IV** de l'article modifie, pour coordination, les dispositions de l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles :

– il abroge le premier alinéa du I qui définit la règle de détermination de l'APA versée à une personne hébergée en EHPAD (calcul à partir du tarif dépendance correspondant à son degré de perte d'autonomie) : cette règle est reprise dans la définition du forfait global afférent à la dépendance ; toutefois il n'est plus indiqué, comme le fait ce premier alinéa du I de l'article L. 232-8, que le montant de l'APA des personnes hébergées est diminué d'une participation du bénéficiaire ;

– il abroge le premier alinéa du II qui a défini (en 2001) une modalité de versement de l'APA à titre expérimental sous forme de dotation globale et non selon le calcul en fonction de l'état de dépendance individuel appliqué dans le droit commun ; l'objectif est de généraliser ce système de calcul et de versement de l'APA en établissement sous forme de dotation globale en s'appuyant sur le forfait global relatif à la dépendance prévu par le nouvel article L. 314-2 ;

– au deuxième alinéa du II, il substitue à la mention de la dotation budgétaire globale prévue dans le cadre du dispositif expérimental défini au premier alinéa du II de l'article L. 232-8, qui est abrogé, une référence au forfait global résultant de la nouvelle structuration tarifaire ; comme la dotation budgétaire globale le forfait global n'inclut pas la participation des résidents aux dépenses d'hébergement calculée en fonction de leurs ressources ;

– au troisième alinéa du II, il substitue au versement des sommes correspondant au tarif dépendance sous forme de dotation globale un versement sous forme de forfait global dans le cas où les résidents bénéficiaires de l'APA en établissement relèvent d'autres départements que celui du président du conseil général qui a le pouvoir de tarification.

– il supprime la dernière phrase du dernier alinéa du II de l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles qui prévoit l'évaluation de l'expérimentation.

En application du VII, ces modifications entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

Le V de l'article abroge, par coordination, deux alinéas du V de l'article L. 314-7 du code de l'action sociale et des familles :

– le premier alinéa du V, qui impose de retracer les charges et produits des établissements sociaux et médico-sociaux dans des comptes distincts des structures gestionnaires qui sont transmis à l'autorité de tarification ; cette mesure de transparence a été introduite par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 ;

– le dernier alinéa du V, qui exclut de cette séparation comptable les prestations relatives à l'hébergement.

Selon l'exposé des motifs de l'article, le gouvernement entend « *permettre aux directions départementales de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes (DDCCRF) de s'assurer que tous les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale sont protégés de la même façon quant à l'évolution du prix et au contenu du contrat : pour les places non attribuées à des bénéficiaires de l'aide sociale les établissements habilités à l'aide sociale sont soumis au même régime de contrôle (par les DDCCRF) que les établissements non habilités* ».

En application du VII du présent article, ces abrogations entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

Le VI prévoit que les conventions collectives du travail et les conventions d'entreprise ou d'établissement applicables au personnel des établissements d'hébergement des personnes âgées signataires d'un contrat pluriannuel avec les autorités chargées de l'autorisation d'activité pour la réalisation des objectifs prévus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale, ainsi que la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ou la coopération en matière d'action sociale et médico-sociale ne s'imposent pas aux autorités chargées de la tarification lorsque l'établissement ou le service social et médico-social est à but non lucratif et que ses dépenses de fonctionnement sont supportées en tout ou partie par des collectivités publiques ou par la sécurité sociale.

Jusqu'à présent le premier alinéa de l'article L. 314-6 soumettait ces établissements et services à toutes les conventions collectives du travail et les conventions d'entreprise ou d'établissement applicables à leur personnel, ce qui n'a pas été sans entraîner de très graves difficultés, toujours ressenties, lorsqu'il s'est agi de mettre en œuvre les 35 heures de travail hebdomadaire.

Dès lors qu'une tarification à la ressource est mise en place par le projet de loi, l'allocation des ressources publiques des EHPAD doit être réalisée en fonction des seuls critères de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins. L'interférence des conditions salariales et de travail des personnels des établissements et services dans la tarification dénaturerait le sens de la réforme. Ces conventions collectives resteront opposables aux dirigeants des établissements qui devront les mettre en œuvre avec les ressources publiques qui leur sont allouées en fonction des critères de convergence.

Déjà, le IV de l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 avait exonéré pareillement les établissements de santé à compter du 1^{er} janvier 2008 en raison de leur passage à la tarification à l'activité.

Les directeurs d'EHPAD craignent de devoir être amenés à reporter sur le tarif afférent à l'hébergement les besoins de financement créés par les dispositions de ces conventions collectives dès lors que les autorités publiques refuseront de les prendre en compte dans leur tarification afférente aux soins. Serait ainsi, sans le dire, décloisonnés les deux tarifs soins et dépendance contrairement au principe posé par la loi depuis 2002 et par la réglementation dès 1998.

Aucune date particulière d'entrée en vigueur de cette exemption n'est prévue. Les dispositions du VI devraient donc entrer en vigueur le lendemain de la publication au *Journal officiel* de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Il serait plus clair d'appliquer cette règle en respectant l'annualité budgétaire, donc au 1^{er} janvier 2009.

Article 45

Réintégration des dépenses de médicaments dans le tarif soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

En application de l'article 96 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les prestations de soins financées sur le tarif afférent aux soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD, établissements visés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles) qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur « *ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables* » ni ceux des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de

services et d'adaptation associées (produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale).

Le II de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a infléchi le principe posé en 2002 en, premièrement, retirant du dispositif, outre les EHPAD disposant d'une pharmacie à usage intérieur, ceux étant membres d'un groupement de coopération sanitaire et, deuxièmement, en n'appliquant pas la règle d'exclusion des forfaits de soins à « *certaines dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté* ». Le II de l'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a reporté au 1^{er} janvier 2008 l'entrée en vigueur de ces mesures en raison des délais pris par l'élaboration de la liste (cf. analyses page 90 du rapport n° 2609 tome 2 de M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail du PLFSS pour 2006 et pages 143 à 145 du rapport n° 3384 tome 2 de M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail du PLFSS pour 2007). Cette liste a été fixée par l'arrêté du 30 mai 2008 « *fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionné à l'article R. 314-161 du code de l'action sociale et des familles en application des articles L. 314-8 et R. 314-162 du même code* » publié au *Journal officiel* du 4 juin 2008. Il a pris effet le 1^{er} août 2008, avec sept mois de retard sur ce que prévoit la loi, ce qui constitue un progrès notable pour le ministère de la santé et la direction de l'action sociale accoutumés aux retards se chiffrant en années.

Le projet de loi poursuit le mouvement en proposant une mesure radicale de réintégration dans le tarif journalier afférent aux soins des EHPAD des achats, fournitures, prises en charge et utilisations des médicaments remboursables aux assurés sociaux.

L'objectif du Gouvernement est de parvenir à une meilleure maîtrise de la consommation médicamenteuse des résidents des EHPAD. La surconsommation observée dans toute la France est non seulement coûteuse pour l'assurance maladie mais elle provoque de fréquentes pathologies chez les personnes âgées induisant des accidents iatrogènes mortels chez les personnes les plus faibles. Cette mortalité, ces états pathologiques iatrogènes et ces dépenses excessives peuvent être évités ou du moins fortement limités par une responsabilisation des acteurs sanitaires et des dirigeants des EHPAD.

La réintégration des médicaments dans les forfaits de soins doit amener à rationaliser la prescription, améliorer la politique d'achat et renforcer la surveillance de la consommation médicamenteuse par les résidents des EHPAD.

Le projet de loi ne limite aucunement la liberté des résidents des EHPAD de consulter un médecin ni la liberté des médecins d'établir des prescriptions médicamenteuses, mais la réforme proposée doit inciter les EHPAD à encadrer leurs achats de médicaments, notamment par la conclusion de conventions de conventions avec les pharmaciens d'officine lorsque l'EHPAD ne dispose pas

d'une pharmacie à usage intérieur afin de s'appuyer sur l'expertise des pharmaciens d'officine en matière de fourniture et d'utilisation des médicaments.

La nouvelle rédaction du dernier alinéa de l'article L. 314-8 de l'action sociale et des familles reprend bien entendu la mesure d'intégration de certains dispositifs médicaux figurant au II de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 sans modifier sa rédaction.

Cette réforme impose de réévaluer la totalité des forfaits de soins en fonction de la charge en soins moyenne supportée par chaque établissement au vu de l'état sanitaire et de dépendance moyen de ses résidents. C'est pourquoi la mesure n'entrera en vigueur qu'à compter du 1^{er} janvier 2010 et s'appliquera aux conventions tripartites en cours à cette date. Elle sera engagée sur le fondement de la nouvelle procédure unilatérale de fixation des forfaits de soins par l'autorité de tarification (*cf.* article 43 du projet de loi).

Article 46

Financement de la formation des aidants et accueillants familiaux

Le présent article élargit à la formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux les dépenses financées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Cette mesure s'inscrit dans le plan national Alzheimer 2008-2012 présenté par le Président de la République, M. Nicolas Sarkozy, le 1^{er} février 2008 à Sophia-Antipolis, après la remise le 8 novembre 2007 du rapport de M. Joël Menard, président de la commission chargée de présenter des propositions relatives à la mise en œuvre du plan national Alzheimer 2008-2012 ⁽¹⁾ (*cf.* pages 13 à 45 du rapport n° 277 tome 11 de Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour avis des crédits du programme « Handicap et dépendance » pour 2008, qui fait une analyse de l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer).

L'amélioration de la qualité de vie des malades et des aidants est l'axe n° 1 du plan national Alzheimer 2008-2012. L'objectif n° 1 de cet axe est d'apporter un soutien accru aux aidants. Cela souligne le caractère prioritaire et capital de l'aide aux aidants. Le plan programme les financements engagés pour la réalisation de cet objectif comme suit.

(1) Le contenu du plan national Alzheimer 2008-2010 est consultable en ligne à l'adresse suivante : http://www.premier-ministre.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Alzheimer_2008-2012.pdf

Programmation du financement des mesures de l'objectif n° 1
« Apporter un soutien accru aux aidants » du plan Alzheimer 2008-2012

(en millions d'euros courants)

		2008	2009	2010	2011	2012	Total
Mesure n°1	Développement et diversification des structures de répit	21,3	27,6	33,9	40,2	46,5	169,5
Mesure n°2	Consolidation des droits et de la formation des aidants	2,5	3,5	3,5	3,5	3,5	16,5
Mesure n°3	Amélioration du suivi sanitaire des aidants naturels		5,0	5,0	5,0	5,0	20,0

Pour la mesure n° 2, le plan national Alzheimer 2008-2012 indique que « la formation des aidants familiaux » sera incluse dans la section IV du budget de la CNSA (page 16 du plan). La consistance de la mesure est ainsi expliquée :

« La maladie d'Alzheimer est une maladie très éprouvante pour les proches de la personne malade : la prise en charge quotidienne de ces personnes est d'autant plus difficile que les aidants n'ont jamais été formés. Effacements de la mémoire, troubles du comportement, accès de violence, autant de symptômes que l'aidant ne connaît pas et ne peut anticiper. À l'inverse, il ignore tout des comportements adaptés qui permettront de limiter- autant que faire se peut- certains impacts de la maladie. Il convient donc d'offrir aux familles, qui accompagnent un parent atteint d'une maladie d'Alzheimer, des connaissances en leur apportant des outils essentiels à la compréhension des difficultés du malade, à l'adaptation de l'environnement et au maintien de la relation.

« Deux jours de formation par an seront ainsi proposés à chaque aidant familial. Un cahier des charges sera élaboré par l'ANESM, en partenariat avec la HAS, concernant la relation d'aide, les techniques de prise en charge, la communication non verbale et la gestion du stress. »

L'article 45 du projet de loi met en œuvre cette disposition.

Il met également en œuvre une disposition similaire du plan autisme 2008-2010 présenté le 16 mai 2008. Son objectif n° 5 (« mieux orienter les personnes autistes et leur famille ») prévoit une mesure n° 16 tendant à « donner aux parents et aux aidants les outils pour accompagner leur enfant ». Cette mesure doit se traduire par la fourniture d'« une information diversifiée et neutre sur les différentes méthodes de prise en charge sera mise à disposition des familles au sein des centres ressources autisme (CRA). Un appel à projets sera également lancé, en lien avec la CNSA, en vue de développer des expérimentations locales de formation en direction des parents, fratries et aidant. Un appel à projet équivalent sera également lancé, en lien avec la CNSA et la CNAF, pour expérimenter des dispositifs de guidance parentale. »

La section IV du budget de la CNSA finance les charges suivantes.

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>)

Le 1° du I du présent article étend le champ de la section IV à la formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux.

Le rapporteur se réjouit de cette mesure qu’il avait proposée lors de l’examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Il indiquait dans son rapport n° 295 tome 2 (page 194) que « *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* ». L’an passé, le Gouvernement avait dissuadé le rapporteur de déposer un amendement proposant une telle extension eu égard aux conséquences financières et à l’écart qu’il aurait représenté par rapport aux missions de CNSA (alors même que cette proposition avait recueillie l’avis favorable du directeur de la CNSA).

La notion d’aidant familial n’est pas définie par la loi. Il appartiendra donc à la CNSA de caractériser ces intervenants et aux préfets de contrôler la destination des financements.

Les accueillants familiaux sont ceux mentionnés à l’article L. 444–1 du code de l’action sociale et des familles, à savoir les accueillants familiaux employés par une personne morale de droit public ou de droit privé après accord

du président du conseil général du département de résidence de l'accueillant familial. Sont expressément exclus par cet article les accueillants familiaux accueillant des malades mentaux en accueil familial thérapeutique organisé contractuellement avec un établissement ou un service de soins.

Le statut de l'accueil familial a été établi pour la première fois par la loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes. A la fin de 2006, on comptait seulement 9 220 accueillants familiaux agréés, hébergeant 13 778 personnes (7 327 personnes handicapées âgées de 18 à 60 ans et 6 541 personnes âgées de plus de 60 ans). Le 19 février 2008, M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, et Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, ont confié à Mme Valérie Rosso-Debord, députée, une mission de réflexion et de proposition sur l'accueil familial, notamment pour analyser les avantages et les inconvénients d'un développement de l'accueil familial dans le cadre salarial résultant de l'article 57 de la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable (article L. 444-1 à L. 444-9 du code de l'action sociale et des familles).

Le 2° du I adapte la définition des charges financées par cette section IV pour inclure les dépenses de formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux (*a* du 2°) et les frais de remplacement des personnels en formation lorsque ces formations sont suivies pendant le temps de travail (*b* du 2°).

Le *b* du 2° répond à une demande ancienne, notamment présentée par M. Denis Jacquat et Mme Danielle Hoffmann-Rispal lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Il met en œuvre une disposition du plan des métiers de la dépendance présenté le 12 février 2008 par Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité. Ce plan s'inscrit dans la ligne du plan des métiers prévu par l'article 79 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. Ce plan, qui devait être présenté en 2006, avait « *pour ambition de favoriser la complémentarité des interventions médicales, sociales, scolaires au bénéfice de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte présentant un handicap ou un trouble de santé invalidant* ». Sa présentation a été retardée en 2006 compte tenu de la complexité de sa mise au point et depuis 2007 car le gouvernement a souhaité étendre son champ aux métiers d'accompagnement de la dépendance.

Le plan des métiers de la dépendance vise à répondre aux besoins de formation et de qualification professionnelle dans les structures spécialisées au niveau local et national. Il s'adresse aux personnes en perte d'autonomie, à leurs familles et aux professionnels mais il constitue également un enjeu de développement économique eu égard au gisement considérable d'emplois que représente l'accompagnement de la dépendance. Un comité de pilotage a été installé le 24 juin 2008 pour articuler les plans des métiers entre les régions. Il devra dégager des enseignements transférables au plan national. Une phase

d'expérimentation d'une année a été mise en place dans trois régions : le Centre, le Nord-Pas-de-Calais et l'Alsace. L'Etat prévoit d'apporter 8 millions d'euros de financement pour ces trois expérimentations régionales ; à terme, pour l'ensemble des régions, le financement de l'Etat s'élèvera à 50 millions d'euros. Le premier protocole d'accord a été signé entre l'Etat et la région Centre le 8 juillet 2008 : sur une année, 800 personnes bénéficieront de ce plan dont le financement est pris en charge par l'État à hauteur de 2,5 millions d'euros et par la région à hauteur de 1,3 million d'euros.

Le *b* du 2° permet de financer sur les ressources de la section IV du budget de la CNSA une partie du coût du remplacement d'un salarié quittant son poste de travail pour se rendre à une formation professionnelle. Ce financement public doit inciter les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) à améliorer la qualification de leurs salariés sans pénaliser le fonctionnement de leurs services. Ces structures connaissent actuellement de véritables difficultés financières et organisationnelles pour placer leurs personnels en formation longue et qualifiante.

Le **II** de l'article restructure l'affectation des crédits non consommés de la CNSA au cours d'un exercice budgétaire. En application de l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles, ceux-ci sont affectés aux deux sous-sections de la section V du budget de la CNSA. Cet article a été créé par le 2° du I de l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (*cf.* pages 191 à 196 du rapport n° 295 tome 2 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail).

Définition des charges et ressources de la section V 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

En application de l'article L. 14-10-9, les crédits reportés peuvent être utilisés pour les financements suivants :

– opérations d'investissement immobilier portant sur la création de places, la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services recevant des financements de la CNSA (liste figurant à l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles) et des établissements de santé assurant soit des soins de courte durée ou concernant des affections graves ou des soins de suite ou de réadaptation, soit des soins de longue durée avec hébergement ;

– actions ponctuelles de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services médico-sociaux recevant des financements de la CNSA, à l'exception des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées qui n'ont pas conclu de convention tripartite ou ont opté pour la dérogation à l'obligation de passer cette convention.

Le projet de loi permet tout d'abord d'affecter ces crédits reportés au financement des actions de formation de la section IV (3° du II).

Le projet de loi étend ensuite le champ des actions de formation et de qualification pouvant être financées par ces crédits en application de l'article L. 14-10-9 :

– les actions ponctuelles de formation et de qualification sont remplacées par des « *actions ponctuelles de préformation et de préparation à la vie professionnelle, de tutorat, de formation et de qualification* » ;

– ces actions ne sont plus réservées aux personnels soignants mais ouvertes à tous les personnels des établissements et services : là encore cette mesure avait été proposée l'an passé par le rapporteur ainsi que par M. Denis Jacquat et Mme Danièle Hoffman-Rispal lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Le rapporteur indiquait dans son rapport n° 295 tome 2 (page 194) qu'il « *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* ». Ainsi, pour une formation longue et diplômante, les établissements et services doivent déboursier 30 000 euros mais prévoir un financement supplémentaire à hauteur de 120 000 euros pour le remplacement pendant un an du personnel partant en formation. Comme pour le financement de la formation des aidants naturels, le Gouvernement avait dissuadé les rapporteurs de déposer un amendement en ce sens eu égard aux conséquences financières alors même que cette proposition avait recueillie l'avis favorable du directeur de la CNSA ;

– l'exception des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées n'ayant pas conclu de convention tripartite ou ayant opté pour la dérogation à l'obligation de passer cette convention est maintenue : la formation

des personnels de ces établissements ne sera pas financée par des crédits de la CNSA ;

– les actions réalisées dans le cadre du plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) des établissements et des services médico-sociaux recevant des financements de la CNSA sont introduites dans le champ du financement afin de soutenir la conclusion de tels plans dans ces établissements ; ces plans ont été créés par l'article 72 de la loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale.

En conséquence, les 1° et 2° du II de l'article modifie l'article L. 14-10-5 pour ne plus réserver aux deux seules sous-sections de la section V du budget de la CNSA l'affectation des crédits reportés (1°) et réserver aux actions relevant de ces deux sous-sections le financement des opérations d'investissement immobilier (2°).

Article 47

Procédure d'indemnisation à l'amiable par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) pour les victimes d'une infection par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine – Dotation pour 2009 à l'ONIAM

Cet article vise instaurer une procédure d'indemnisation à l'amiable, par l'Office national d'indemnisation des victimes des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), pour les victimes d'une contamination par le virus de l'hépatite C (VHC) résultat d'une transfusion sanguine ou d'injection de médicaments dérivés du sang.

La quasi-totalité de ces contaminations ont eu lieu avant 1992 : un arrêté du 19 février 1990 a rendu obligatoire le dépistage du virus de l'hépatite C chez les donneurs de sang et un test de dépistage très fiable a été introduit en 1992. Cependant, une étude ⁽¹⁾ notait en 2005 que du fait d'un temps de latence pouvant durer plusieurs années avant que les symptômes de l'hépatite C apparaissent, l'infection par transfusion explique encore entre 20 % et 40 % des cas découverts aujourd'hui.

1. La procédure actuelle d'indemnisation des victimes d'une infection par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine

- *Aucun régime d'indemnisation de plein droit n'a été institué*

Contrairement à ce qui a été prévu pour l'indemnisation des personnes contaminées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) lors d'une transfusion sanguine, aucune procédure d'indemnisation de plein droit n'a été prévue pour les personnes contaminées par la VHC dans les mêmes circonstances.

(1) Cécile Manaouil et Jeffrey Morisier, « Les mécanismes de contamination par le virus de l'hépatite C : quels mécanismes de réparation ? », in Revue générale de droit médical n° 17, Les études hospitalières, 2005.

En effet, l'article 47 de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social (codifié à l'article L. 3122-2 du code de la santé publique) a institué le fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles (FITH) pour indemniser les victimes de préjudices résultant de la contamination par le VIH causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang réalisée en France. Cette procédure amiable permet aux victimes d'être indemnisées tout en évitant les délais et les frais d'une procédure contentieuse. L'article 119 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a transféré cette charge à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

• *Les victimes d'une contamination par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine ne peuvent recevoir une indemnisation qu'à l'issue d'une procédure contentieuse*

Pour obtenir une indemnisation, les victimes d'une contamination par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine doivent saisir les tribunaux pour rechercher la responsabilité sans faute de l'Etablissement français du sang (EFS).

En effet, l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme (codifié à l'article L. 1222-1 du code de la santé publique) a transféré à l'EFS l'ensemble des établissements de transfusion sanguine, publics ou privés, qui existaient auparavant, et a organisé le transfert à cet établissement public de l'Etat des droits et obligations, créances et dettes liés aux activités de transfusion sanguine de la plus grande partie d'entre eux.

Pour éviter des différences de traitement des victimes selon que le produit qui les a contaminées provenait d'un établissement public ou privé, et que le contentieux de leur indemnisation relevait de ce fait des juridictions administratives ou de l'ordre judiciaire, l'article 15 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 a rendu les juridictions administratives seules compétentes pour les litiges concernant les contaminations transfusionnelles par le virus de l'hépatite C.

Les tribunaux reconnaissent la responsabilité sans faute des établissements de transfusion sanguine. Comme l'indiquait M. Claude Evin dans son rapport sur le projet de loi relatif aux droits des malades⁽¹⁾, « *le principe de responsabilité objective, sans faute, des établissements de transfusion sanguins pour la fourniture de produits viciés a d'abord été affirmé par les juges de l'ordre judiciaire et ce, quelle que soit la date de la contamination (autrement dit sans se*

(1) *Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé (n° 3258) par MM. Claude Evin, Bernard Charles et Jean-Jacques Denis, septembre 2001.*

limiter aux contaminations postérieures à la date à partir de laquelle le risque de contamination pouvait être évité grâce à l'existence de tests efficaces) ».

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a aménagé les règles de la preuve, que la victime devait établir, du lien entre la transfusion et la contamination. Son article 102 dispose que dans ces litiges, lorsque le demandeur (c'est-à-dire la victime) « apporte des éléments qui permettent de présumer que cette contamination a pour origine une transfusion de produits sanguins labiles ou une injection de médicaments dérivés du sang », sans qu'il ait à en établir la preuve, « il incombe à la partie défenderesse de prouver que cette transfusion ou cette injection n'est pas à l'origine de la contamination ». Cet article ajoute que le doute profite au demandeur.

Ainsi, même facilitée, l'indemnisation pour la victime d'une contamination transfusionnelle par le virus de l'hépatite C n'est pas de plein droit, et expose le demandeur aux délais et aux frais liés à une procédure judiciaire.

2. Le dispositif proposé

Le I du présent article tend à insérer dans le chapitre I^{er} du titre II du livre II de la première partie du code de la santé publique un article L. 1221-14 instituant, pour les victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus de l'hépatite C causée par une transfusion sanguine ou une injection de médicaments dérivés du sang, une procédure d'indemnisation comparable à celle applicable aux personnes infectées par le VIH dans les mêmes circonstances.

Le premier alinéa de l'article L. 1221-14 (**alinéa 2** du présent article) confie cette indemnisation à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), actuellement chargé, notamment, d'indemniser les personnes infectées par le VIH suivant la procédure précitée – cf. *infra* pour une présentation détaillée des missions de cet office.

Conformément aux dispositions des articles 73 et 74 de la Constitution relatives à l'application des lois dans les différentes collectivités d'outre-mer, la procédure d'indemnisation des personnes contaminées par le virus de l'hépatite C à la suite d'une transfusion ou d'une injection de médicament dérivé du sang ne serait applicable que si la transfusion ou l'injection en cause a été réalisée sur un des territoires auxquels s'applique le chapitre I^{er} du titre II du livre II de la première partie du code de la santé publique. D'après les précisions fournies au rapporteur, cette disposition exclut notamment les collectivités d'outre-mer autres que les départements d'outre-mer (DOM).

Le premier alinéa de l'article L. 1221-14 rend également applicable dans le cadre de l'indemnisation amiable des personnes contaminées par le virus de l'hépatite C certaines règles prévues pour l'indemnisation des personnes infectées par le VIH. Il s'agit de certains éléments de la procédure administrative,

permettant notamment à la victime de percevoir de l'ONIAM une ou plusieurs provisions s'il est établi qu'elle est séropositive et qu'elle a subi des transfusions ou injections de produits sanguins. Pour éviter toute interférence des procédures amiable et contentieuse, la victime doit aussi informer l'ONIAM des procédures juridictionnelles en cours, et informer les juges compétents du fait qu'elle a saisi l'office. Toutefois, l'alinéa de l'article L. 3122-2 du code de la santé publique auquel il est renvoyé pour cette disposition renvoie lui-même à un autre alinéa qui impose à la victime de faire la preuve de son infection par le VIH ; cette articulation, inappropriée dans le cas présent, doit être corrigée.

Seront également applicables pour l'indemnisation d'une contamination transfusionnelle par le virus de l'hépatite C les règles de l'article L. 3122-4 du code de la santé publique selon lesquelles l'ONIAM est subrogé, à due concurrence des sommes versées à la victime, dans les droits de celle-ci contre la personne responsable du dommage ainsi que son assureur dès lors que le dommage est imputable à une faute. Cette restriction empêche donc l'ONIAM de se retourner contre l'EFS pour les cas de contamination qui ont eu lieu avant que des tests permettent de dépister le virus de l'hépatite C chez les donneurs de sang, ou qui pourraient résulter d'un aléa thérapeutique. Il est en effet à noter que pour simplifier les relations financières entre l'ONIAM et l'EFS, il est proposé que ce dernier verse à l'office une dotation « *courant l'ensemble des dépenses exposées* » par l'office pour indemniser les patients contaminés par le virus de l'hépatite C.

L'ONIAM peut aussi intervenir devant les tribunaux pénaux si la victime se constitue partie civile et user de toutes les voies de recours légales ; il intervient alors « *à titre principal* », c'est-à-dire même dans le cas où le ministère public refuse d'exercer l'action publique. Il est aussi prévu qu'il puisse être dérogé au principe énoncé à l'article 4 du code de procédure pénale, selon lequel le juge civil doit surseoir à statuer sur la réparation d'un dommage si les faits générateurs donnent lieu à des poursuites pénales, ce qui a pour effet d'accélérer le règlement de l'indemnisation.

A l'image de ce qui est prévu pour les victimes d'une contamination par le VIH, le *deuxième alinéa de l'article L. 1221-14* du code de la santé publique (**alinéa 3** du présent article) propose que dans leur demande d'indemnisation, les victimes doivent justifier de l'atteinte par le virus de l'hépatite C et des transfusions de produits sanguins ou des injections de médicaments dérivés du sang. L'ONIAM recherchera les circonstances de la contamination « *notamment dans les conditions prévues à l'article 102 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002* » précité : il suffira donc à la victime d'apporter des éléments permettant de présumer que sa contamination est imputable aux transfusions ou injections susmentionnées (sans qu'il soit nécessaire de prouver le lien de cause à effet), pourvu qu'aucune preuve contraire ne puisse être apportée ; en outre, le doute bénéficiera au demandeur.

L'**alinéa 4** du présent article prévoit que l'ONIAM devra faire à la victime une offre d'indemnisation évaluant chaque chef de préjudice. Les prestations et

indemnités de toute nature que la victime a perçues seront déduites du montant de l'offre. Tant que l'état de santé de la victime ne sera pas consolidé, cette offre conservera un caractère provisionnel. L'**alinéa 5** de l'article 30 précise que l'acceptation de l'offre définitive vaudra contrat au sens de l'article 2044 du droit civil : par elle, « *les parties terminent une contestation née, ou préviennent une contestation à naître* ».

Aux termes de l'**alinéa 6** du présent article, la victime pourra poursuivre l'ONIAM devant les tribunaux administratifs en cas de rejet de sa demande, de silence gardé par l'ONIAM pendant plus de six mois après la justification complète des préjudices ou en cas d'offre qu'elle juge insuffisante.

La décision de justice ainsi rendue, ou l'acceptation d'une offre définitive, vaudra désistement de toute action juridictionnelle engagée par la victime pour obtenir, en parallèle de la démarche amiable, la réparation des mêmes dommages. Elle rendra aussi irrecevable toute nouvelle action dans ce but.

Enfin, il est prévu que l'ONIAM n'exerce pas d'action subrogatoire contre les établissements qui ne seraient pas couverts par une assurance, sauf si la contamination résulte d'une violation par eux des règles législatives ou réglementaires relatives à la sécurité sanitaire des produits de santé (**alinéa 7** du présent article).

A des fins de coordination, le **II** du présent article (**alinéa 8**) complète l'énoncé des missions de l'ONIAM à l'article L. 1142-22 du code de la santé publique.

De même, le **III** du présent article complète l'énumération des charges de l'ONIAM que dresse l'article L. 1142-23 du même code (**alinéas 10 à 13**). Les **alinéas 14 et 15** de cet article tendent aussi à compléter l'énumération des ressources de l'office, en disposant que l'Etablissement français du sang (EFS) verse à l'ONIAM une dotation qui couvre l'ensemble des dépenses liées à l'indemnisation des victimes de contaminations par le virus de l'hépatite C causées par une transfusion ou une injection de médicaments dérivés du sang. Comme le souligne l'exposé des motifs de l'article 30, l'EFS restera ainsi comptable de ses activités de producteur de produits sanguins.

Le **IV** du présent article fixe certaines dispositions transitoires. Il prévoit que l'ONIAM se substituera à l'EFS dans les litiges en cours relatifs à l'indemnisation des personnes contaminées par le virus de l'hépatite C (**alinéa 16**). Il ouvre aussi l'accès à la nouvelle procédure amiable aux personnes qui ont déjà intenté une action contre l'EFS, tant que cette action n'a pas donné lieu à une décision passée en force de chose jugée : les demandeurs pourront solliciter du juge un sursis à statuer (**alinéa 17**). Si l'office rejette leur demande, n'y répond pas sous six mois ou leur fait une offre qui ne les satisfait pas, ils ne pourront cependant pas tenter une action contre la décision de l'ONIAM, mais devront reprendre l'action à laquelle il a été sursis (**alinéa 18**).

Le V du présent article (**alinéas 19 à 24**) vise à doter l'ONIAM d'un conseil d'orientation, placé au sein de son conseil d'administration qui serait chargé, d'après l'exposé des motifs de cet article, de «*fixer le cadre*» de trois types d'indemnisation :

– celle des préjudices directement imputables à une vaccination obligatoire ;

– celle des préjudices résultant de la contamination par le VIH causées par une transfusion ou une injection de produits sanguins ;

– celle des préjudices résultant de l'infection par le virus de l'hépatite C dans les mêmes circonstances.

Actuellement, la présentation d'une offre d'indemnisation par le directeur de l'ONIAM est soumise à l'avis conforme d'une commission d'indemnisation, en application de l'article L. 3111-9 du code de la santé publique pour les préjudices résultant de vaccinations obligatoires, et des articles L. 3122-1 et L. 3122-5 du même code s'agissant des contaminations par le VIH. De plus, l'article L. 3122-1 prévoit qu'un conseil composé notamment de représentants des associations concernées par ces contaminations est placé auprès du directeur de l'office.

La rédaction proposée supprime les mentions faites aux commissions d'indemnisation et à ce conseil aux articles L. 3111-9 et L. 3122-1, et les remplace par deux dispositions identiques selon lesquelles un conseil d'orientation, composé notamment de représentants des associations concernées, est placé auprès du conseil d'administration de l'office. Elle appelle toutefois deux remarques :

– d'une part, ce conseil ne reprendrait pas les attributions des commissions d'indemnisation, puisque les offres d'indemnisation faites par le directeur de l'ONIAM ne lui serait plus soumises pour avis conforme ;

– d'autre part, la rédaction proposée ne porte que sur les dispositions relatives aux préjudices résultant de vaccinations obligatoires et de contaminations par le VIH, mais pas sur les dommages liés à une infection par le virus de l'hépatite C. Cette rédaction mérite donc d'être complétée.

3. La participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'ONIAM pour 2009

Le VI (**alinéa 25**) fixe à 117 millions d'euros le montant de la dotation globale versée à l'ONIAM par les organismes d'assurance maladie en application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique.

● *Les missions actuelles de l'ONIAM*

L'article 98 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits de malades et à la qualité du système de santé a institué l'ONIAM, établissement

public de l'Etat placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, et lui a confié à deux missions principales :

– prendre en charge les frais de fonctionnement des commissions régionales de conciliations et d'indemnisation (CRCI) et leur apporter son soutien technique et administratif, en application de l'article L. 1142-6 du code de la santé publique, en vue de mettre en œuvre la procédure de règlement amiable en cas d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales prévue par les articles L. 1142-4 et suivants de ce code ;

– indemniser, au titre de la solidarité nationale, les victimes de ces accidents, affections et infections lorsqu'ils ne sont pas imputables à une faute engageant la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement, comme le prévoit l'article L. 1142-1 du même code.

L'article 1^{er} de la loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 sur la responsabilité médicale (codifié aux articles L. 1142-1-1 et L. 1142-22 du même code) a aussi chargé l'ONIAM de :

– réparer, au titre de la solidarité nationale, les décès et les dommages correspondant à un taux d'incapacité permanente (IPP) supérieur à 25 %, lorsqu'ils résultent d'infections nosocomiales dans les établissements de santé ;

– indemniser au même titre les dommages résultant de l'intervention d'un professionnel de santé, en cas de circonstances exceptionnelles, en dehors du champ de son domaine de compétence ;

– prendre en charge les obligations de l'association « France-hypophyse » en matière d'indemnisation des personnes atteintes par la maladie de Creutzfeld-Jacob à la suite d'un traitement par hormone de croissance extractive d'origine humaine.

De plus, l'article 115 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (codifié à l'article L. 1142-22 du code de la santé publique) a élargi les missions de l'ONIAM à :

– la réparation des dommages directement imputables à une vaccination obligatoire ;

– l'indemnisation des victimes d'une contamination post-transfusionnelle par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;

– la réparation des dommages résultant des mesures d'urgences que peut prescrire le 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.

Enfin, les missions de l'ONIAM ont été étendues par la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires

de grande ampleur, qui a notamment chargé l'office de réparer les dommages causés dans le cadre de l'emploi de la réserve sanitaire.

• *La dotation globale de l'ONIAM pour 2009*

L'article L. 1142-23 du code de la santé publique prévoit que les ressources de l'ONIAM comprennent une « *dotation globale* » versée par les organismes d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

L'article 77 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007) a fixé ce montant à 50 millions d'euros au titre de l'année 2008. Pour financer les 117 millions d'euros de dépenses prévues par son budget pour 2008, l'office a donc du compléter cette ressource par des produits de gestion courante, par une reprise de 11 millions d'euros sur ses provisions et par une reprise de 23 millions d'euros sur son fonds de roulement, dont le montant serait ainsi réduit de 98 millions d'euros fin 2007 à 45 millions d'euros fin 2008, dont 21 millions d'euros de provisions.

Selon les prévisions du gouvernement communiquées au rapporteur, l'activité de l'ONIAM en 2009 ne devrait pas décroître par rapport à 2008. Les dépenses d'indemnisation et d'expertises engagées par l'office atteindraient ainsi 132 millions d'euros en 2009.

C'est pourquoi il est proposé de fixer à 117 millions d'euros pour 2009 le montant de la dotation globale des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'ONIAM. Le reste des dépenses prévues serait financé par un prélèvement de 10 millions d'euros sur le fonds de roulement de l'office, par des reprises sur provision et par divers produits de gestion courante.

Article 48

Dotations pour 2009 au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)

Cet article a pour objet de fixer le montant, pour 2009, de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS). Il rectifie également l'intitulé des missions du FMESPP.

1. La participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

Issu 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) opérée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 – dispositions codifiées à 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) finance des actions visant à améliorer l'organisation des soins de ville, à les rapprocher des soins hospitaliers, à développer les réseaux de santé et à mettre en œuvre le dossier médical personnel (DMP) – pour une présentation plus détaillée de ce fonds, cf. *supra*, le commentaire présenté sous l'article 5.

Le I du présent article propose de fixer à 240 millions d'euros pour 2009 la dotation versée au FIQCS par les régimes obligatoires d'assurance maladie en application de l'article L. 221-1-1 précité. Ce montant correspond à une légère progression des crédits du FIQCS par rapport à sa dotation pour 2008 telle que l'article 5 du présent projet de loi propose de la rectifier, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Évolution des crédits du FAQSV, de la DNDR et du FIQCS depuis 2002

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	2008**	2009***
FAQSV	<i>(supprimé le 1^{er} juillet 2007)</i>							
Dotation	76,6	20,0	15,0	60,0	60,0	119,5	–	–
Consommation	50,0	54,5	59,4	67,0	53,0	18,8	–	–
DNDR	<i>(supprimée le 1^{er} juillet 2007)</i>							
Dotation	23,0	46,0	125,0	165,0	170,0	170,0	–	–
Consommation	23,0	46,0	125,0	165,0	170,0	54,0	–	–
FIQCS	<i>(créé le 1^{er} juillet 2007 par fusion du FAQSV et de la DNDR)</i>							
Dotation	–	–	–	–	–	–	231,0	240,0
Consommation	–	–	–	–	–	97,7	ND	

ND : non disponible

Source : direction de la sécurité sociale, rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2008, et 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.

* la fusion du FAQSV et de la DNDR a été effective en cours d'année 2007, le 1^{er} juillet

** dotation prévue par l'article 5 du présent projet de loi, consommation estimée par le ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

*** dotation proposée par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

Le FIQCS bénéficiera aussi pour 2009 d'un report de crédits évalué à 100 millions d'euros d'après les informations fournies au rapporteur par le gouvernement.

Dans un contexte de forte contrainte pour les finances sociales, il y a lieu de se féliciter de la consolidation des crédits consacrés à l'amélioration de la qualité des soins de ville et au décloisonnement ville / hôpital.

2. L'intitulé des missions et la dotation pour 2009 du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

Le **II** du présent article vise à rectifier l'énoncé des missions du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), pour tenir compte d'une modification récente du statut de la mission nationale sur la tarification à l'activité (MT2A).

En effet, le **III ter** de cet article prévoit que le FMESPP finance, outre des actions d'amélioration des conditions de travail, des opérations d'investissement dans les établissements de santé et des missions d'appui, d'expertise et d'audits hospitaliers (*cf. supra*, le commentaire présenté sous l'article 5), une mission nationale sur la tarification à l'activité (MT2A).

Or, en application du décret n° 2008-489 du 22 mai 2008 relatif à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), cette MT2A est devenue un service de l'ATIH, mais reste financée par le FMESPP dans le cadre d'un budget annexe de l'ATIH.

En conséquence, il est proposé de modifier la rédaction du **III ter** de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 pour tenir compte du transfert de la MT2A à l'ATIH.

Le **III** propose de fixer le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FMESPP à 190 millions d'euros pour 2009, ce qui représente une diminution de 4,5 % environ par rapport au montant fixé pour 2008 par l'article 5 du présent projet de loi.

Cette diminution s'explique par les importants reports de crédits dont bénéficiera le FMESPP en 2009.

Il est à noter que le taux de consommation des crédits du FMESPP a été très variable d'une année sur l'autre, comme le montre le tableau ci-après. Il est passé de plus de 100 % en 2005 à moins de 49 % en 2007. Aussi, selon le rapport fait en septembre 2008 par la direction de la sécurité sociale (DSS) à la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), le FMESPP présentait fin 2007 un solde cumulé positif de 552,1 millions d'euros.

Évolution de la dotation annuelle du FMESPP depuis 2002

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2009**
FMESPP								
Dotation annuelle	244,0	450,0	470,0	405,0	327,0	376,0	201	190
Consommation annuelle	247,3	375,0	458,9	408,5	275,5	183,5	ND	
Taux de consommation	101,4 %	83,3 %	97,6 %	100,9 %	84,3 %	48,8 %		

ND : non disponible

Source : direction de la sécurité sociale, rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2008.

* dotation prévue par l'article 5 du présent projet de loi

** dotation proposée par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Il est donc proposé que le FMESPP continue en 2009 à consommer les crédits ouverts, mais toujours pas décaissés, au titre des exercices 2004, 2005 et (pour partie) 2006, comme il a commencé à le faire en 2008 – cf. commentaire sous l'article 5.

Selon l'annexe 8 au présent projet de loi, en mobilisant ces reports de crédits en plus de sa dotation de 190 millions d'euros, FMESPP pourra engager environ 300 millions d'euros en 2009.

Enfin, le **IV** du présent article a pour objet de fixer à 44 millions d'euros le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) institué par la loi n°2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur (dispositions codifiées notamment à l'article L. 3135-1 du code de la santé publique).

Cet établissement public de l'Etat est chargé, principalement, de gérer le corps de réserve sanitaire et de constituer, à la demande du ministre chargé de la santé, des stocks de produits nécessaires à la protection de la population face à ces menaces sanitaires graves.

En application de l'article L. 3135-4 du code de la santé publique, l'EPRUS bénéficie d'une dotation annuelle des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant ne peut excéder 50 % des dépenses engagées au titre de la constitution des stocks précités (pour une présentation plus détaillée de cet établissement, cf. *supra*, le commentaire présenté sous l'article 5).

Le montant proposé pour la dotation de l'assurance maladie à l'EPRUS pour 2009 est en diminution de 20 % par rapport à 2008, de 55 millions – comme le propose l'article 5 du présent projet de loi – à 44 millions d'euros.

En effet, d'après les informations fournies à votre rapporteur par le ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, le budget prévisionnel de l'EPRUS pour 2009 s'établit à 88 millions d'euros en autorisations d'engagements et à 117 millions d'euros en crédits de paiement. La dotation de l'Etat à l'EPRUS atteindra pour 2007 44 millions d'euros en autorisations d'engagements et à 73 millions d'euros en crédits de paiement.

Article 49

Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Cet article a pour objet de fixer, conformément aux dispositions de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, les montants des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès au titre de l'année 2009 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que pour le seul régime général.

1. Distinction entre l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès d'une part, et de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) d'autre part

L'annexe 7 au présent projet de loi, prévue par l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, précise le périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ainsi que les modalités de passage des objectifs de dépenses des différentes branches à l'ONDAM.

Il en ressort que ces deux objectifs n'ont ni le même champ, ni la même nature.

- *Des champs différents*

Dans le champ des objectifs de dépenses de la branche maladie, sont pris en compte des prestations et des charges qui n'entrent pas dans le périmètre de l'ONDAM, comme les indemnités journalières d'assurance maternité et paternité, ou les prestations d'assurance invalidité et décès.

À l'inverse, le champ de l'ONDAM intègre des dépenses qui relèvent de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et non de la branche maladie, comme les prestations pour incapacité temporaire et les indemnités journalières liées aux accidents du travail, ainsi que l'indique le tableau ci-après.

**Les champs respectifs de l'objectif de dépenses
de la branche maladie, maternité, invalidité et décès et de l'ONDAM**

Objectif de la branche maladie, maternité, invalidité décès		Objectif de la branche AT-MP	
Hors ONDAM	ONDAM		Hors ONDAM
A. Gestion technique	A. Gestion technique	A. Gestion technique	A. Gestion technique
I. Prestations sociales : - prestations en espèces – IJ maternité - prestations invalidité décès - prestations extra-légales (action sanitaire et sociale*) - actions de prévention autres prestations II. Charges techniques III. Diverses charges IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM V. Charges financières	I. Prestations légales maladie, maternité, hors IJ maternité : - prestations en nature maladie maternité - prestations en espèces IJ maladie II. Charges techniques dont : - prise en charge de cotisations des professionnels libéraux - dotation aux fonds (FIQCS, FAC, FMESPP)	I. Prestations pour incapacité temporaire : -prestations en nature (ville, établissements) - IJ suite à AT	I. Prestations pour incapacité permanente II. Charges techniques : - rentes AT - dotations au fond amiante III. Diverses charges IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM V. Charges financières
B. Gestion courante	B. Gestion courante		B. Gestion courante
C. Charges exceptionnelles			C. Charges exceptionnelles

* À partir de fin 2006, les dépenses extra-légales au titre du ticket modérateur des ALD 31/32 relevant du risque maladie, ont été comptabilisées dans l'ONDAM.

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, annexe 7

De ce fait, l'ONDAM et l'objectif de dépenses de la branche maladie n'ont pas nécessairement le même taux d'évolution. Selon les estimations présentées par le rapport à la commission des comptes de septembre 2008, les prestations de la branche maladie hors-ONDAM devraient en effet évoluer en 2009 en fonction de déterminants spécifiques :

– les dépenses d'indemnités journalières d'assurance maternité varient en fonction de la natalité, qui devrait être stable en 2009, et celles d'assurance paternité devraient poursuivre leur montée en charge ;

– sous l'effet d'évolutions démographiques, les prestations d'assurance décès seraient en léger recul de 2007 à 2009, leur montant total baissant de 0,9 % en 2008 et de 0,7 % en 2009 ;

– la progression des prestations d'invalidité devrait continuer à décélérer en 2008 (+ 0,9 %) sous l'effet d'évolutions démographiques : dans la tranche

d'âge à forte prévalence d'invalidité (entre 50 et 60 ans), le nombre des entrants égale à peu près celui des sortants, car les uns comme les autres appartiennent à des classes d'âges comparables en effectifs, nées après 1945. Néanmoins, ces prestations devraient progresser en valeur, du fait de revalorisations prévues pour 2009.

- *Des natures différentes*

Comme le montre l'annexe 7 précitée, l'ONDAM constitue un concept économique, alors que l'objectif de dépenses de la branche maladie est défini en fonction de règles comptables.

Ainsi, l'ONDAM retrace, en droits constatés, l'ensemble des dépenses prévisionnelles de soins au titre d'une année, calculées sur la base de l'ONDAM de l'année précédente, puis régulièrement réévaluées au cours de l'année suivante.

En revanche, les dépenses de prestation de la branche maladie pour une année sont arrêtées une fois pour toutes lors de la clôture des comptes de l'année en question. D'ailleurs, les dotations pour provisions, qui sont établies pour prendre en compte les dépenses dues au titre d'un exercice annuel mais pas encore facturées au 31 décembre, sont elles aussi fixées de façon définitive lors de la clôture des comptes de l'exercice concerné.

Par ailleurs, les objectifs de dépenses de la branche maladie sont établis soit pour le régime général seul, soit par addition des objectifs des différents régimes obligatoires de base. A l'inverse, l'ONDAM est construit d'emblée comme un objectif interrégimes.

2. Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Le présent article propose de fixer les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès :

- à 185,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ;

- à 160,7 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

Comme le montre le tableau ci-dessous, par rapport aux objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2008, tels que rectifiés par l'article 7 du présent projet de loi (*cf.* commentaire sous l'article 7), ces montants correspondent à des progressions :

- de 3,46 % entre 2008 et 2009 pour l'ensemble des régimes (soit le même taux qu'entre 2007 et 2008) ;

- de 3,68 % pour le régime général, soit plus qu'entre 2007 et 2008.

Évolution des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès entre 2007 et 2009

(en milliards d'euros)

Objectifs :	Pour 2007*	Pour 2008		Evolution 2008/2007	Pour 2009**	Evolution 2009/2008
		objectifs fixés par la LFSS 2008*	objectifs rectifiés par le PLFSS 2009**			
Tous régimes	173,4	179,5	179,4	3,46 %	185,6	3,46 %
Régime général	149,7	155,2	155,0	3,40 %	160,7	3,68 %

Source : loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

* Montants des objectifs tels que fixés ou rectifiés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

** Montants des objectifs tels que rectifiés par l'article 7 du présent projet de loi

*** Montants des objectifs tels que proposés par le présent projet de loi

Article 50

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

Cet article a pour objet de fixer, conformément aux dispositions de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et sa ventilation en sous-objectifs.

1. Montant de l'ONDAM pour 2009

Il est proposé de fixer l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année 2009 à 157,6 milliards d'euros, ce qui représente 4,8 milliards d'euros de plus que l'ONDAM pour 2008 tel que l'article 8 propose de le rectifier, l'établissant à 152,8 milliards d'euros.

En application de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, l'annexe 7 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale détaille les modifications de périmètre de l'ONDAM (*cf.* tableaux ci-après). Les principales modifications sont les suivantes :

– les remises conventionnelles versées au titre de la clause de sauvegarde par les entreprises pharmaceutiques sont réintégrées dans l'ONDAM : ces 344 millions d'euros ne sont désormais plus considérés comme des recettes, mais comme des diminutions de dépenses ;

– le financement des dispositifs médicaux, représentant 320 millions d'euros en 2009, est réintégré dans les forfaits de soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées ;

– 340 millions d'euros sont transférés d'un sous-objectif hospitalier à l'autre, en raison du passage en 2009 des établissements du service de santé des armées (SSA) à la tarification à l'activité ;

– les frais de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers sont exclus de l'ONDAM, ce qui représente 19 millions d'euros.

Changements de périmètre dans l'ONDAM 2009

En M€	Dépenses de soins de ville	Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	Autres dépenses relatives aux établissements de santé	Contribution de l'AM aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	Contribution de l'AM aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	Dépenses relatives aux autres prises en charge	TOTAL ONDAM
Remises conventionnelles	- 344						- 344
Débasage des IFSI		- 19					- 19
Transfert SSA		340	- 340				0
Rebasage du FMESPP			100				100
Transfert des DM dans le forfait des EPAD	- 155			155			0
Rebasage du FIQCS						70	70
TOTAL ONDAM	- 499	321	- 240	155	0	70	- 193

Source : annexe 7 au présent projet de loi

Impact des changements de périmètre de l'ONDAM dans la base de calcul de l'ONDAM 2009

(en Md€)

	Construction		Base à champ 2009
	Base à champ 2008	Transferts	
1) Dépenses de soins de ville	71,5	- 0,499	71,0
<i>Total ONDAM Établissements de santé</i>	67,5	0,081	67,6
2) Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	48,9	0,321	49,2
3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,6	- 0,240	18,4
<i>Total ONDAM Établissements et services médico-sociaux</i>	12,9	0,155	13,1
4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,5	0,155	5,7
5) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,4	0,000	7,4
6) Dépenses relatives aux autres prises en charge	0,9	0,070	0,9
ONDAM TOTAL	152,8	- 0,193	152,6

Source : annexe 7 au présent projet de loi

À structure constante, le montant proposé pour l'ONDAM au titre de l'année 2009 correspond ainsi à une progression de 3,3 % par rapport au montant de l'ONDAM pour 2008 rectifié par l'article 8 du présent projet de loi.

Ce taux correspond à la dynamique des dépenses constatée pour 2008. En effet, le rapport de septembre 2008 à la commission des comptes de la sécurité sociale évalue à 3,3 % le taux de progression des dépenses du champ de l'ONDAM en 2008, contre 2,8 % prévus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Le montant proposé pour l'ONDAM 2009 constitue donc un objectif crédible.

Il est à noter que ce taux de 3,3 % correspond également au taux proposé pour l'évolution pluriannuelle de l'ONDAM dans le rapport annexé au premier projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012.

L'annexe 7 précise que, si l'on isole les économies de 170 millions d'euros que l'article 5 du présent projet de loi prévoit de réaliser en réduisant les dotations pour 2008 du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), le taux de progression de l'ONDAM pour 2009 atteint même 3,4 %.

2. Ventilation de l'ONDAM pour 2009

L'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale prévoit que l'ONDAM est ventilé en cinq sous-objectifs au moins, définis par le Gouvernement.

Le présent projet de loi en propose six, dont les intitulés n'ont pas changé depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, ce qui contribue à donner à l'évolution des composantes de l'ONDAM une plus grande lisibilité (*cf.* tableau ci-dessous).

Ventilation de l'ONDAM 2009 et évolution de chaque sous-objectif

	Construction		Taux d'évolution
	Base 2009	Sous-objectifs	
1) Dépenses de soins de ville	71,0	73,2	3,1 %
<i>Total ONDAM Établissements de santé</i>	<i>67,6</i>	<i>69,6</i>	<i>3,1 %</i>
2) Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	49,2	50,9	3,5 %
3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,4	18,7	2,0 %
<i>Total ONDAM Établissements et services médico-sociaux</i>	<i>13,1</i>	<i>13,9</i>	<i>6,3 %</i>
4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,7	6,2	8,3 %
5) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,4	7,7	4,7 %
6) Dépenses relatives aux autres prises en charge	0,9	0,9	- 0,9 %
ONDAM TOTAL	152,6	157,6	3,3 %

Source : annexe 7 au présent projet de loi

La ventilation des objectifs de dépenses entre ces sous-objectifs révèle la priorité accordée au rééquilibrage des dépenses entre les soins de ville et les soins en établissements de santé, et à la poursuite des efforts de financement des établissements et services médico-sociaux.

● *Rééquilibrage au sein de l'ONDAM entre les soins de ville et les établissements de santé*

Le sous-objectif des dépenses de soins de ville d'une part, et des deux sous-objectifs de dépenses relatives aux établissements de santé pris conjointement d'autre part, ont un taux de croissance identique : 3,1 %.

Le sous-objectif des dépenses de soins de ville atteint ainsi 73,2 milliards d'euros à structure constante.

La part de l'ONDAM destinée aux établissements de santé s'établit quant à elle à 69,6 milliards d'euros, dont 50,9 milliards d'euros pour le sous-objectif des dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité et 18,7 milliards d'euros pour les autres dépenses relatives aux établissements de santé.

● *Poursuite des efforts de financement en faveur des établissements et services médico-sociaux*

La part de l'ONDAM consacrée aux établissements et services médico-sociaux passerait de 13,1 à 13,9 milliards d'euros en 2009, soit une progression de 6,3 %. Le sous-objectif relatif à la prise en charge des personnes âgées connaît une croissance particulièrement forte de 8,3 %, passant de 5,7 à 6,2 milliards d'euros, tandis que le sous-objectif qui concerne les personnes handicapées progresse de 4,7 %, de 7,4 à 7,7 milliards d'euros.

Comme le souligne l'annexe 7 précitée, la poursuite de l'effort de financement en faveur du secteur médico-social permet notamment la mise en œuvre du plan « Solidarité grand âge » 2007-2012, qui nécessite une montée en charge progressive de 500 millions d'euros par an, ainsi que du plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012.

● *Réduction des dépenses relatives aux autres modes de prises en charge*

Le sous-objectif des dépenses relatives aux autres modes de prises en charge comprend trois principaux postes de dépenses :

– les dépenses de remboursement de soins des Français à l'étranger, qui pourraient progresser de 4 % ;

– le financement des établissements, structures et associations spécialisés en addictologie ou intervenant dans la prise en charge des malades en situation de précarité : ces crédits augmenteront de 12 % en 2009 pour financer notamment un plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 et le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 ;

– la dotation de l'assurance maladie au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville (FIQCS), qui doit diminuer en 2009 : l'article 47 du présent projet de loi fixe cette dotation à 240 millions d'euros, alors que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 l'avait fixé à 301 millions d'euros (*cf.* commentaire sous l'article 47).

Section 3

**Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail
et de maladies professionnelles**

Article 65

Amélioration de la prise en charge des frais paramédicaux

L'article 65 a pour objet de modifier certaines dispositions du code de la sécurité sociale afin de transposer dans la loi le point 1.1. du titre III – « *Pour une réparation plus équitable pour les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles* » – de l'accord interprofessionnel du 12 mars 2007 relatif à la prévention, la tarification et à la réparation des risques professionnels prévoyant d'« *améliorer la prise en charge des frais paramédicaux engagés par la victime d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail dont les tarifs sont insuffisants (pour certains postes tels que l'appareillage dentaire, optique ou auditif, etc.)* ». ».

La branche AT-MP prend déjà en charge l'ensemble des frais des produits et des prestations liés à l'accident du travail mais avec une base de prise en charge limitée aux tarifs de responsabilité applicables. Dès lors, le décalage qui existe entre le prix de vente de ces matériels ou la tarification pratiquée pour les prestations et leur base de remboursement fait que certaines prestations – notamment les prothèses dentaires et auditives, les frais d'optique et les dispositifs médicaux individuels tels que les fauteuils roulants pour handicapés – sont faiblement pris en charge, ce qui a conduit les partenaires sociaux à souhaiter améliorer leur prise en charge.

**Exemples de décalage de prix de dispositifs médicaux
entre le tarif de remboursement sécu et le prix public moyen**

	Protèse pour ablation totale des doigts (en euros)	Orthèses : – Orthèse de genou – Orthèse de main (en euros)	VHP * Fauteuils roulants verticalisateur (en euros)	VHP Fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique (en euros)	Appareil auditif (en euros)
Remboursement SS	430	- 102,39 - 58,32	2 425,05	3 938,01	199
Prise en charge PCH * (si la personne répond aux critères d'admission)	-	Ne figurent pas dans les prestations prises en charge	2 425,05	7 876,02	Entre 299 et 599 selon la perte d'audition et la classe de l'appareil
Prix moyen de vente	430	Entre 200 et 870 Entre 100 et 300	Entre 2 425 et 8 000	Entre 3 938 et 18 000	2 000
Reste à charge de l'assuré	0	Entre 100 et 770 Entre 40 et 240	Entre 0 et 5 575	Entre 0 et 10 124	Entre 1 400 et 1 700

Les données sur les prix de vente proviennent de la caisse de Picardie et du ministère de la défense pour les VHP.

* PCH : Prestation de compensation du handicap

* VHP : Véhicules pour handicapés physiques.

Le I modifie les articles L. 431-1 et L. 432-3 et abroge l'article L. 432-5 du code de la sécurité sociale.

Le 1^o du I modifie la première phrase du 1^o de l'article L. 431-1 du code de la sécurité sociale du chapitre 1^{er} (« *Dispositions générales* ») du titre III (« *Prestations* ») du livre IV (« *Accidents du travail et maladies professionnelles (Disposition propres et dispositions communes avec d'autres branches)* ») du code de la sécurité sociale qui liste un certain nombre de prestations qui sont accordées aux bénéficiaires de la branche AT-MP qu'il y ait ou non interruption de travail.

Il s'agit de définir plus précisément une partie des prestations dont la charge financière incombe aux caisses d'assurance maladie en remplaçant l'énumération assez vague « *la fourniture, la réparation et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par l'infirmité résultant de l'accident, la réparation et le remplacement de ceux que l'accident a rendu inutilisables* » par un renvoi plus précis à la notion « *des frais liés à l'accident afférents aux produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et aux prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7* ».

La modification introduite ne change pas le périmètre des prestations concernées par une prise en charge des frais qui leur sont liés mais le circonscrit plus précisément en renvoyant à deux listes sur lesquelles elles doivent figurer pour être prises en charge.

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 : il peut s'agir de dispositifs médicaux à usage individuel, de tissus et cellules issus du corps humain et leurs dérivés, des prestations de service et d'adaptation associés ou encore des 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).

Outre les produits et prestations inscrits sur la LPPR, les prothèses dentaires peuvent également être prise en charge par l'assurance maladie au titre de la branche AT-MP dans la mesure où elles sont inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 qui subordonne à l'inscription sur cette dernière la prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1^{er} janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé.

Le 2^o modifie le premier alinéa de l'article L. 432-3 de la section 1 (« *Soins* ») du chapitre 2 (« *Prestations en nature* ») du titre III (« *Prestations* »)

du livre IV (« *Accidents du travail et maladies professionnelles (Disposition propres et dispositions communes avec d'autres branches)* ») du code de la sécurité sociale.

Le a) remplace, dans le 1^{er} alinéa de l'article L. 432-3 disposant que le tarif des prestations sont les tarifs applicables en matière d'assurance maladie sous réserve de dispositions spéciales fixées par arrêté interministériel, la notion de « *fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments* » par celle plus précise des « *produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et des prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7* ».

La principale modification apportée par l'article est contenue dans le b) qui transpose les dispositions de l'accord interprofessionnel du 12 mars 2007 relatif à la prévention, la tarification et à la réparation des risques professionnels afin d'améliorer la prise en charge des frais paramédicaux engagés par la victime d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail dont les tarifs sont insuffisants.

En effet, il est prévu en premier lieu que les tarifs des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et délivrés en application du 1^o de l'article L. 431-1, c'est-à-dire dans le cadre de la prise en charge des frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime, sont majorés par application d'un coefficient déterminé par arrêté ministériel dans la limite des frais réellement exposés lorsque leur prix n'est pas fixé conformément aux dispositions de l'article L. 165-3, c'est-à-dire quand le Comité économique des produits de santé (CEPS) n'a pas utilisé sa possibilité de fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.

Par ailleurs, il est précisé que ce coefficient de majoration des tarifs s'applique également aux prothèses dentaires dont les tarifs sont inclus dans les actes dentaires de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) prévue à l'article L. 162-1-7.

La majoration sera donc applicable aux tarifs des produits et prestations pour lesquels il n'existe pas de prix administré et aux tarifs de l'ensemble des prothèses dentaires.

Le 3^o abroge enfin l'article 432-5 de la section 2 (« *Appareillage* ») du chapitre 2 (« *Prestations en nature* ») du titre III (« *Prestations* ») du livre IV (« *Accidents du travail et maladies professionnelles (Disposition propres et dispositions communes avec d'autres branches)* ») du code de la sécurité sociale. Cet article qui prévoyait que la victime d'un accident du travail a droit à la fourniture, à la réparation et au renouvellement des appareils de prothèse ou d'orthopédie nécessaires à raison de son infirmité, à la réparation ou au remplacement de ceux que l'accident a rendu inutilisables, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État, n'a en effet plus d'utilité dans la mesure où la

prise en charge des appareillages est désormais inclus dans le champ des produits et prestations inclus dans la liste prévue à l'article L. 165-1 et concerné par l'application d'un coefficient de majoration.

Le **III** de l'article modifie l'article L. 751-42 de la section 7 (« *Accidents survenus ou maladies constatées avant le 1^{er} juillet 1973* ») du chapitre I^{er} (« *Assurance obligatoire des salariés des professions agricoles* ») du titre V (« *Accidents du travail et maladies professionnelles* ») du livre VII (« *Dispositions sociales* ») du code rural afin de tirer les conséquences de l'abrogation de l'article L. 432-5 du code de la sécurité sociale et de procéder au renvoi à l'article L. 432-3 qui fixe désormais de façon globale le cadre juridique de la prise en charge des produits et prestations ainsi que des prothèses dentaires.

Article 66

Maintien des indemnités journalières et prévention de la désinsertion professionnelle

L'article 66 a pour objet de modifier certaines dispositions du code de la sécurité sociale et du code du travail afin de transposer dans la loi le point 1.4. du titre III – « *Pour une réparation plus équitable pour les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles* » – de l'accord interprofessionnel du 12 mars 2007 relatif à la prévention, la tarification et à la réparation des risques professionnels prévoyant que « *les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés, représentatives au plan national et interprofessionnel, demandent à la CAT-MP d'engager dans les meilleurs délais l'étude de faisabilité d'une allocation temporaire de réinsertion professionnelle succédant aux indemnités journalières et susceptible d'intervenir entre la consolidation et la mise en œuvre de la décision de l'employeur. La durée de versement de cette allocation ne pourra excéder trente jours* ».

Le **I** modifie en premier lieu plusieurs dispositions du code de la sécurité sociale.

Le 1^o insère deux alinéas après le troisième alinéa de 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 (Disposition propres et dispositions communes avec d'autres branches)* ») du code de la sécurité sociale qui introduisent deux nouveaux cas pour lesquels l'indemnité journalière (IJ) peut être maintenue.

L'article L. 433-1 fixe en effet les règles de l'indemnisation de l'incapacité temporaire suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle. Les principes posés aux trois premiers alinéas de l'article ne sont pas modifiés.

Les deux premiers alinéas dispose que la journée de travail au cours de laquelle l'accident s'est produit est intégralement à la charge de l'employeur avant que la caisse primaire ne paye une IJ à partir du premier jour qui suit l'arrêt de

travail consécutif à l'accident et jusqu'à l'examen médical de reprise du travail réalisé par le médecin du travail qui constate, le cas échéant, l'inaptitude du salarié à occuper le poste qui était le sien au moment de l'accident ne sont pas modifiés.

Le troisième alinéa de l'article L. 433-1 énonce la possibilité de maintenir l'indemnité journalière en tout ou partie en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant si cette reprise est reconnue par le médecin-conseil de la caisse comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure et détaille les modalités de l'indemnisation dans ce cas (le montant total de l'indemnité maintenue et du salaire ne peut dépasser le salaire normal des travailleurs de la même catégorie professionnelle ou, s'il est plus élevé, le salaire sur lequel a été calculé l'indemnité journalière ; en cas de dépassement, l'indemnité est réduite en conséquence). Cette possibilité de maintien de l'IJ est conservée mais étendue à deux nouveaux cas de figure.

Le premier cas vise la situation où la victime demande, après avis du médecin conseil, à accéder durant son arrêt de travail, avec l'accord du médecin traitant, aux actions de formation professionnelle continue prévues notamment par l'article L. 6313-1 du code du travail. Lorsque la caisse décide de maintenir les IJ dans ce cadre, elle doit en informer l'employeur et le médecin du travail.

Les activités professionnelles visées à l'article L. 6313-1 couvrent un vaste champ.

Article L. 6313-1 du code du travail

« Les actions de formation qui entrent dans le champ d'application des dispositions relatives à la formation professionnelle continue sont :

- 1° Les actions de préformation et de préparation à la vie professionnelle ;*
- 2° Les actions d'adaptation et de développement des compétences des salariés ;*
- 3° Les actions de promotion professionnelle ;*
- 4° Les actions de prévention ;*
- 5° Les actions de conversion ;*
- 6° Les actions d'acquisition, d'entretien ou de perfectionnement des connaissances ;*
- 7° Les actions de formation continue relative à la radioprotection des personnes prévues à l'article L. 1333-11 du code de la santé publique ;*
- 8° Les actions de formation relatives à l'économie de l'entreprise ;*
- 9° Les actions de formation relatives à l'intéressement, à la participation et aux dispositifs d'épargne salariale et d'actionnariat salarié ;*
- 10° Les actions permettant de réaliser un bilan de compétences ;*
- 11° Les actions permettant aux travailleurs de faire valider les acquis de leur expérience ;*
- 12° Les actions d'accompagnement, d'information et de conseil dispensées aux créateurs ou repreneurs d'entreprises artisanales, commerciales ou libérales, exerçant ou non une activité ;*
- 13° Les actions de lutte contre l'illettrisme et l'apprentissage de la langue française ».*

En autorisant le maintien de l'IJ au salarié qui souhaite accéder à des actions de formation professionnelle, cette disposition est destinée à favoriser la réinsertion sociale dans les meilleures conditions en agissant le plus en amont possible.

Le deuxième nouveau cas concerne la possibilité de maintenir l'IJ pendant le délai mentionné à l'article L. 1226-11 du code du travail lorsque la victime ne peut percevoir aucune rémunération liée à son activité salariée. Concrètement, ce délai court à partir de la date de l'examen médical de reprise du travail qui déclare, le cas échéant, le salarié inapte à son poste actuel, pendant une période d'un mois maximum au terme de laquelle l'employeur peut soit le reclasser, soit le licencier. Pendant ce délai d'un mois maximum, la victime ne recevait jusqu'ici ni IJ, ni salaire, ni indemnité chômage. Alors que les partenaires sociaux avaient souhaité la mise en place durant ce délai d'une allocation spéciale, le projet de loi préfère la solution du maintien sous conditions de l'IJ : le versement de cette dernière cesse dès que l'employeur procède au reclassement dans l'entreprise du salarié inapte ou le licencie et la rente éventuelle dont bénéficie le salarié s'impute sur l'IJ. Les conditions d'application de cette nouvelle possibilité de maintien de l'IJ seront déterminées par décret.

Le dernier alinéa de l'article L. 433-1 qui renvoie à l'article L. 323-6 les conditions dans lesquels le droit à l'indemnité journalière est ouverte (observation des prescription du praticien, soumission aux contrôles organisés par le service du contrôle médical, respect des heures de sorties autorisées et abstention de toute activité non autorisée) est inchangé.

Le 2^o modifie le 3^o de l'article L.412-8 de la section 3 (« *Dispositions applicables à diverses catégories de bénéficiaires* ») du chapitre II (« *Champ d'application – Dispositions applicables aux salariés liés par un contrat de travail temporaire et à diverses autres catégories de bénéficiaires* ») du titre I^{er} (« *Généralités – Dispositions propres à certains bénéficiaires* ») du livre IV (« *Accidents du travail et maladies professionnelles (Disposition propres et dispositions communes avec d'autres branches)* ») du code de la sécurité sociale pour étendre aux victimes menant des actions de formation professionnelle dans les conditions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 433-1 (*cf. supra*) le bénéfice des dispositions du livre I^{er}, notamment en matière de couverture sociale.

Le II modifie en second lieu l'article L. 1226-7 de la sous-section 2 (« *Suspension du contrat et protection contre la rupture* ») de la section 3 (« *Accident du travail ou maladie professionnelle* ») du chapitre VI (« *Maladie, accident et inaptitude médicale* ») du titre II (« *Formation et exécution du contrat de travail* ») du livre II (« *Le contrat de travail* ») de la première partie (« *Les relations individuelles de travail* ») du code du travail.

Il s'agit de préciser que le contrat de travail est suspendu pendant la période où le salarié en arrêt de travail décide de bénéficier des actions de formation professionnelle de nature à faciliter sa réinsertion qui lui sont désormais ouvertes au titre du quatrième alinéa nouveau de l'article L. 433-1.

Article 67

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 abroge l'article 47 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 créant une contribution à la charge des entreprises dont les salariés ont été exposés à l'amiante. Par ailleurs, cet article porte pour l'année 2009 à 880 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).

1. Suppression de la contribution à la charge des entreprises dont les salariés ont été exposés à l'amiante

Le **I** abroge l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 instituant une contribution à la charge des entreprises dont les salariés ou anciens salariés bénéficient de l'allocation de cessation anticipée d'activité.

Lors de l'instauration du dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante par l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998, loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, le financement prévu pour le FCAATA était couvert pour l'essentiel par le biais d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Très rapidement, le nombre d'allocataires du FCAATA a connu une augmentation très sensible accroissant d'autant les charges du fonds. Afin de diversifier les ressources du fonds, l'article 47 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 a institué, au profit du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), une contribution mise à la charge des entreprises dont les salariés ont été exposés à l'amiante.

Cette mesure se justifiait à l'origine, compte tenu de la charge croissante que représentait le financement de l'allocation et de son poids sur l'ensemble des entreprises, par le souhait de mettre plus particulièrement à contribution, mais dans des limites économiquement raisonnables, les entreprises dont les salariés ou les anciens salariés bénéficient de l'allocation.

a) Un dispositif complexe

La contribution est due pour chaque salarié ou ancien salarié admis au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité à compter du 5 octobre 2004.

- *Entreprises redevables*

Lorsque le salarié est atteint d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante, cette contribution est à la charge de l'entreprise qui a supporté ou qui supporte, au titre de ses cotisations accidents du travail et maladies professionnelles, la charge de la maladie.

Lorsque le salarié n'est atteint par aucune maladie professionnelle provoquée par l'amiante, cette contribution est à la charge :

– soit d'une ou de plusieurs entreprises dont les établissements sont mentionnés au 1^{er} alinéa de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 et listés par arrêté ; lorsque l'établissement est exploité successivement par plusieurs entreprises, la contribution est due par l'entreprise qui exploite l'établissement à la date d'admission du salarié à l'allocation de cessation anticipée d'activité.

– soit d'une ou de plusieurs entreprises de manutention employant des dockers professionnels et les organismes gestionnaires de ports pour les personnels assurant la manutention dans les ports dans lesquels l'amiante a été ou est manipulée.

Lorsqu'un salarié a été employé par plusieurs entreprises ou organismes, le montant de la contribution est réparti au prorata de la période travaillée dans ces entreprises ou organismes.

Pour les dockers intermittents, le montant de la contribution est réparti entre les employeurs de main-d'œuvre présents dans le port au cours de la période d'intermittence considérée au prorata des rémunérations payées aux salariés pendant la période concernée.

- *Montant de la contribution*

Le montant de cette contribution varie en fonction de l'âge des bénéficiaires au moment de leur admission au bénéfice de l'allocation. Il est égal à 15 % du montant brut de l'allocation, majoré des cotisations vieillesse à la charge du fonds et multiplié par le nombre d'années compris entre l'âge du bénéficiaire et l'âge de 60 ans.

- *Plafonnement de la contribution*

La contribution fait l'objet d'un double plafonnement et ne peut dépasser pour chaque entreprise redevable :

– 4 millions d'euros par année civile (2 millions antérieurement au 1^{er} janvier 2007) ;

– 2,5 % de la masse salariale de l'avant-dernière année précédant l'exigibilité des cotisations.

Le montant de la masse salariale doit être communiqué à l'Urssaf dans les 15 jours qui suivent sa demande, à défaut le plafond ne sera pas pris en compte dans le calcul de la contribution.

• *Cas d'exonération*

L'entreprise est exonérée du paiement de cette contribution au titre du premier bénéficiaire de l'allocation de cessation anticipée d'activité.

L'entreprise placée en redressement ou liquidation judiciaire à la date d'effet de l'allocation est également exonérée de la contribution.

• *Recouvrement*

La contribution est exigible le premier jour du troisième mois de chaque trimestre civil suivant celui au cours duquel est versée la première allocation de cessation anticipée.

L'Urssaf de Nantes est chargée d'assurer l'appel et le recouvrement de cette contribution.

b) Une contribution modeste et critiquée

• *Le montant des recettes produites par la contribution à la charge des entreprises reste modeste*

La contribution mise à la charge des entreprises dont les salariés sont admis au bénéfice de la cessation anticipée d'activité n'a en définitive que faiblement contribué à l'équilibre financier du FCAATA. Lors de la présentation de la mesure devant le Parlement, le ministre avait estimé à 120 millions d'euros le produit potentiel de cette contribution, soit quatre fois le montant évalué aujourd'hui.

En effet, malgré le relèvement du plafond de cette contribution de 2 à 4 millions d'euros, le montant des recettes produites par la contribution à la charge des entreprises reste très modeste. Le recouvrement de cette contribution est par ailleurs source de nombreux contentieux, souvent gagnés par les entreprises, qui ont pour effet de minorer ou de différer les versements.

Recettes produites par la contribution à la charge des entreprises

(en millions d'euros)

Produits	2005	2006	2007	2008 (prévision)
Contribution employeurs	68 ⁽¹⁾	21	33	34

Source : direction de la sécurité sociale

⁽¹⁾ Le rendement de la contribution employeur de 2005 incluait 15 millions d'euros au titre de 2004 (année de création de la contribution).

L'écart par rapport au rendement attendu tient certes aux exonérations et plafonds mais la Cour des comptes, dans son rapport de septembre 2008 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale met surtout en avant « *une inadaptation conceptuelle de cette contribution aux réalités économiques, notamment aux fusions et disparitions d'entreprises et d'établissements intervenues alors que l'exposition à l'amiante a pu intervenir plus de trente ans en arrière* ». La Cour relève également que les conditions juridiques de recouvrement de cette contribution sont si peu sécurisées qu'aucune mise en demeure n'a encore été émise en mars 2008 faute de pouvoir en assurer les fondements juridiques.

Lors de son audition par le rapporteur, Mme Lévy-Rosenwald, présidente du conseil de surveillance du FCAATA, a confirmé la complexité excessive de ce dispositif comme son manque de rentabilité et a suggéré de supprimer cette contribution.

C'est l'objet du I de l'article 67 qui abroge l'article 47 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 créant une contribution à la charge des entreprises dont les salariés ont été exposés à l'amiante.

2. Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)

Le **II** fixe pour 2009 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 :

– les salariés ou anciens salariés d'établissements figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget (liste 1) ; cette liste comprend des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante (article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998) et des établissements de flochage et de calorifugeage à l'amiante (article 36 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999) ;

– les salariés ou anciens salariés d'établissements ou de ports figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget et exerçant des métiers de la construction et de la réparation navales figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget (liste 2) ; cette liste a été progressivement étendue des établissements de construction ou réparation navales et des ouvriers dockers professionnels (article 36 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 aux personnels portuaires assurant la manutention (article 44 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001) ;

– les 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 figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail et de la sécurité sociale (asbestose, mésothéliome, cancer broncho-pulmonaire, tumeur pleurale bénigne et plaques pleurales) ; concernant initialement le régime général (article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 et arrêté du 3 décembre 2001), ce dispositif a été ensuite étendu au régime AT-MP des salariés agricoles (article 54 de la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002).

L'âge minimum requis pour bénéficier de l'allocation est de 50 ans, sans condition de durée d'exercice d'activité pour les salariés et anciens salariés atteints d'une maladie professionnelle. Pour bénéficier du dispositif, les salariés ou anciens salariés doivent démissionner. L'allocation cesse d'être versée lorsque le bénéficiaire remplit les conditions requises pour bénéficier d'une retraite à taux plein. L'allocation est attribuée et servie par les caisses régionales d'assurance maladie et les caisses régionales de Mutualité sociale agricole. Des dispositifs spécifiques ont été créés pour des régimes particuliers : ENIM, SNCF, EDF, ouvriers d'État du ministère de la défense. Ils sont financés par des mécanismes distincts de l'ACAATA.

Les produits du Fonds sont constitués par :

– une contribution de la branche AT-MP du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale ;

– une fraction du produit des droits de consommation sur les tabacs, dont le taux est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale ;

***Évolution de la fraction du produit
des droits de consommation sur les tabacs***

2003	2004	2005	2006	2007
0,35%	0,31%	0,31%	0,31%	0,31%

Source : rapport annuel FCAATA 2007.

– une contribution de la Mutualité sociale agricole (MSA) au titre du régime AT-MP des salariés agricoles dont le montant est fixé par arrêté (depuis 2003) ;

– une contribution, supprimée par l'article 67 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, 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 2004-1370 du 20 décembre 2004 pour 2005.

Les charges du FCAATA sont précisées par le décret n° 99-247 du 29 mars 1999 :

- le versement de l'allocation de cessation anticipée d'activité ;
- les cotisations d'assurance vieillesse volontaire mentionnées à l'article L. 742-1 du code de la sécurité sociale ;
- les cotisations au titre de la couverture retraite complémentaire auprès des organismes suivants : AGIRC, ARRCO, IRCANTEC et AGFF ;
- les frais exposés par les organismes chargés de la gestion de l'allocation ;
- les frais de fonctionnement du Fonds.

Les comptes du FCAATA

(en millions d'euros)

FCAATA	2005	2006	%	2007	%	2008 (p)	%	2009 (p)	%
CHARGES	789	872	10,5	918	5,3	933	1,6	946	1,4
Charges gérées par la CNAM AT-MP	678	754	11,3	795	5,4	808	1,6	819	1,4
ACAATA brute (y compris cotisations maladie, CSG et CRDS) ⁽¹⁾	549	608	10,8	638	5,0	650	1,8	659	1,4
Prise en charge de cotisations d'assurance volontaire vieillesse	118	134	13,7	144	7,3	145	0,7	147	1,4
Charges de gestion des CRAM	11	12	10,8	13	5,1	13	1,8	13	1,4
	111	118	5,6	123	4,8	125	1,6	127	1,3
Charges gérées par la CDC									
Prise en charge de cotisations de retraite complémentaire	103	117	13,3	122	4,1	124	1,7	125	1,4
IREC (AGIRC + ARRCO)	85	96	13,4	100	3,7	101	1,9	103	1,4
IRCANTEC	1	1	24,0	1	13,3	1	-6,5	1	1,4
Retraite complémentaire à 60 ans (ASF + AGFF)	18	20	12,4	21	5,5	21	1,0	22	1,4
Charges de gestion CDC (y compris dotation aux provisions)	8	1	-90,1	2	++	2	0,4	2	-6,1
Charges financières CDC	0	0	-	0	-97,9	0	--	0	-
PRODUITS	697	753	8,0	863	14,5	914	5,9	912	-0,2
Contribution de la CNAM AT-MP	600	700	16,7	800	14,3	850	6,3	850	0,0
Contribution du régime AT-MP des salariés agricoles	0	0		0		0		0	
Droits sur les tabacs (centralisés par la CDC)	29	32	10,1	30	-7,1	29	-1,5	30	1,1
Produits financiers CDC	0	1	++	0	-23,3	0	--	0	-
Contribution employeurs ⁽²⁾	68	21	-69,6	33	57,4	34	5,5	32	-6,1
Résultat net	-9,2	-118		-55		-19		-3,4	
Résultat cumulé depuis 2003 ⁽³⁾	-8,6	-204		-260		-279		-313	

Source : Direction de la sécurité sociale.

(1) ACAATA : Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

(2) Le rendement de la contribution employeur de 2005 incluait 15 millions d'euros au titre de 2004 (année de création de la contribution).

(3) Le résultat 1999, conséquence de l'avance de l'État, a été repris par l'État.

Comme le souligne le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2008, on observe un ralentissement des charges du fonds qui traduit la fin de la montée en charge du dispositif. Les dépenses du fonds ont augmenté de 5 % en 2007, après 11 % en 2006 et 21 % en 2005. Cette décélération s'explique essentiellement par la stabilité des modes d'admission au dispositif (les listes d'établissements ouvrant droit au dispositif n'évoluent presque plus).

Le flux annuel de nouveaux allocataires admis à titre collectif poursuit la baisse entamée en 2004 (- 5% en 2007) et inversement, les sorties du dispositif pour départ à la retraite progressent fortement (+ 11 % en 2007).

Le nombre d'allocataires présents dans le dispositif a ainsi évolué comme suit :

Allocataires en cours du FCAATA

Année	Nombre d'allocataires	Variation
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 %
2007	33 909	+ 2,6%

Source : Rapport FCAATA.

La dynamique des recettes du fonds s'explique principalement par celle des dotations de la CNAM AT-MP qui constituent l'essentiel (93 %) de ces produits. Cette dotation est passée de 700 millions d'euros en 2006 à 800 millions d'euros en 2007 puis à 850 millions d'euros en 2008.

Le déficit du fonds a été de 55 millions d'euros en 2007. D'après la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2008, le fonds se rapprocherait de l'équilibre en 2008 avec un déficit de 19 millions d'euros, les charges augmentant moins vite que les recettes.

Pour 2009, et à contribution de la CNAM AT-MP inchangée, le résultat serait négatif de 34 millions d'euros.

Compte tenu de ces éléments, il est proposé d'augmenter une nouvelle fois le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles en la portant à 880 millions d'euros pour 2009.

3. Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

Le **III** fixe pour 2009 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 septième 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. Pierre Sargos, nouveau président du conseil d'administration du fonds, mettent en évidence certaines évolutions marquantes du FIVA.

Le recours au service du FIVA pour obtenir réparation demeure prépondérant (90 %) par rapport à la voie juridictionnelle mais le niveau d'acceptation des offres d'indemnisations proposé par le FIVA tend à baisser.

Les statistiques font état d'une croissance importante de son activité du fait d'un rythme particulièrement élevé du nombre des demandes d'indemnisation. Le nombre de demandes d'indemnisation continue ainsi de progresser fortement (+ 33,2%) pour atteindre 25 579 en 2007, qui se répartissent de la façon suivante.

Nombre de demandes d'indemnisation reçues par le FIVA

Année	Nouvelles victimes	Nouveaux ayants droit	Demandes nouvelles de victimes ou d'ayants droit déjà connus
2006	8 929 (+ 5,5 %)	5 126 (- 6,5 %)	5 151 (+ 12,2 %)
2007	10 771 (+ 20,6 %)	7 960 (+ 55,3 %)	6 848 (+ 32,9 %)

Depuis la création du FIVA, la croissance du nombre de nouveaux dossiers enregistrés, donc de nouvelles victimes, est en hausse constante, l'augmentation relevée en 2007 étant la plus élevée depuis la création de l'établissement.

Évolution des dossiers de victimes reçus (nouveaux dossiers donc nouvelles victimes) depuis 2002 et variations année par année

Date	Dossiers reçus	Date	Dossiers reçus
Année 2002	3 229	Juin 2006	830
Année 2003	7 774	Juillet 2006	645
Année 2004	8 040	Août 2006	482
Janvier 2005	748	Septembre 2006	1 020
Février 2005	755	Octobre 2006	1 041
Mars 2005	1 161	Novembre 2006	741
Avril 2005	911	Décembre 2006	422
Mai 2005	690	Janvier 2007	917
Juin 2005	692	Février 2007	840
Juillet 2005	485	Mars 2007	1 379
Août 2005	319	Avril 2007	1 023
Septembre 2005	534	Mai 2007	1 139
Octobre 2005	824	Juin 2007	1 302
Novembre 2005	730	Juillet 2007	1 046
Décembre 2005	618	Août 2007	628
Janvier 2006	717	Septembre 2007	489
Février 2006	626	Octobre 2007	838
Mars 2006	927	Novembre 2007	694
Avril 2006	728	Décembre 2007	476
Mai 2006	750		
TOTAL		47 210	

Année	Total annuel	Moyenne mensuelle	Évolution
2002	3 229	538	
2003	7 774	648	20,4
2004	8 040	670	3,4
2005	8 467	706	5,3
2006	8 929	744	5,5
2007	10 771	898	20,6

Cette forte augmentation, qui fait de l'année 2007 une année record en termes de demandes adressées au fonds, peut être imputée au recul de la date de prescription des demandes d'indemnisation des victimes de l'amiante dont la maladie a été constaté avant le 31 décembre 2003. Initialement fixée au 31 décembre 2006, elle a été repoussée d'un an en raison de l'afflux de dossiers.

Pour faire face à l'accroissement des dossiers tout en essayant de maîtriser les délais d'instruction et de paiement, le FIVA a exploré des pistes de réorganisation interne résultant notamment d'études réalisées par des consultants externes. Un rapport provisoire d'une mission conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales/Inspection générale des finances (IGAS/IGF) diligentée en 2008 afin de réaliser un audit du FIVA, a ainsi préconisé la mise en place d'une cellule d'urgence et un renforcement à terme des effectifs ainsi qu'une simplification des procédures pour le paiement des offres.

Pour autant, les évolutions de l'activité de l'année 2007 ne se sont pas traduites par une hausse des dépenses d'indemnisation par rapport aux années précédentes. Pour l'année 2007, les dépenses d'indemnisation du Fonds se sont élevées à 318 millions d'euros, en diminution de 14,30 % par rapport à 2006. Ce fléchissement est principalement dû aux pathologies indemnisées avec une proportion croissante de maladies bénignes (31 % contre 30 % en 2006) et au poids des ayants droit indemnisés (23,5 % contre 17,7 % en 2006). Les dépenses annuelles de 2007 confirment ainsi le fléchissement de l'évolution des dépenses enregistrées depuis les trois dernières années.

Depuis sa création et jusqu'aux 31 décembre 2007, le montant total des indemnisations versées par le FIVA s'élève à 1,64 milliard d'euros.

Le Fonds est alimenté par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général (fixée à 315 millions d'Euros par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008) et une contribution de l'État fixée par la loi de finances initiale (50 millions d'euros pour 2008).

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 2,3 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
2008	50	315	365
Total	275,11 (11,8 %)	2 053 (88,2 %)	2 328,11

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.

Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2008 prévoit pour 2008 un solde net positif (+ 97 millions d'euros).

Les comptes du FIVA

(en millions d'euros)

	2005	2006	%	2007	%	2008 (p)	%	2009 (p)	%
CHARGES	432	392	-9 %	356	-9 %	302	-15 %	665	120 %
Indemnités (dont provisions)	427	387	-9 %	350	-10 %	296	-16 %	657	127 %
Autres charges	5	5	8 %	6	19 %	6	-6 %	8	37 %
PRODUITS	347	402	16 %	402	0 %	399	-1 %	399	0 %
Contribution de la CNAM AT-MP	200	315	58 %	315	0 %	315	0 %	315	0 %
Contribution de l'état	52	48	-9 %	48	0 %	50	5 %	50	0 %
Autres produits (dont reprises sur provision)	95	40	-58 %	39	-2 %	34	-15 %	34	0 %
Résultat net	85	10	-	45	-	97	-	266	-
Résultat cumulé depuis 2001	251	261	4 %	306	17 %	403	32 %	136	-66 %

Source : Direction de la sécurité sociale.

Compte tenu de ces éléments, le présent article prévoit pour 2009 le maintien de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds au niveau de 2008, c'est-à-dire à 315 millions d'euros.

Article 68

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 710 millions d'euros pour l'année 2009 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

(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.

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 professionnelles »*, après avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionné à l'article L. 221-4 du même code.

Cinq 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 et juin 2008, conseillers-maîtres à la Cour des comptes.

Ces commissions ont déjà 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**

<i>Mesures</i>	<i>Textes de référence</i>
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°30bis, 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 quatrième 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 1er août 2006
2007	
Révision du tableau 84 affections engendrées par les solvants organiques liquides à usage professionnel	Décret n° 2007-457 du 25 mars 2007.
Révision du tableau 12 affections professionnelles provoquées par les hydrocarbures aliphatiques halogénés	Décret 2007-1083 du 10 juillet 2007
Révision du tableau 61 bis relatif au cancer broncho-pulmonaire primitif provoqué par l'inhalation de poussières ou fumées renfermant du cadmium	Décret n° 2007-1754 du 13 décembre 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.

La lettre de mission qui a été adressée le 30 janvier 2008 à la commission qui s’est de nouveau réunie au cours du printemps 2008, sous la présidence de M. Noël Diricq, conseiller maître à la Cour des comptes, lui demandait d’une part, de s’attacher à examiner l’ensemble des raisons qui induisent toujours une méconnaissance des risques professionnels et, d’autre part, de formuler toute proposition utile pour améliorer les procédures de reconnaissance de ces risques, les études épidémiologiques, la législation applicable ainsi que les outils statistiques et comptables.

Dans son rapport remis au Parlement en juillet dernier, la commission a confirmé, sur le fondement d’études récentes, qu’un nombre important de victimes ne déclarent pas leur maladie, que cette situation soit le fait de la méconnaissance par la victime de ses droits ou de l’origine professionnelle de son affection, d’appréhensions au regard de l’emploi ou de la complexité, voire du caractère forfaitaire, de la procédure de prise en charge par la sécurité sociale. Dans le champ des accidents du travail, les pratiques de certains employeurs visant à ne pas déclarer certains accidents, notamment des accidents bénins, ont été également rapportées à la commission sans que l’on puisse en évaluer l’ampleur. La commission a également relevé que les acteurs du système de soins (médecins de ville, établissements de santé, médecine du travail) pouvaient également, à des degrés divers, contribuer à cette sous-déclaration.

La méthodologie générale retenue par la commission a consisté à évaluer un nombre de sinistres sous-déclarés et le coût moyen attaché à ces accidents et maladies. Elle a ainsi rapproché, pour les principales pathologies identifiées, les diverses sources et études épidémiologiques existantes des statistiques des sinistres indemnisés par la branche AT-MP. Pour les cancers, la commission a appliqué les données épidémiologiques existantes sur leur origine professionnelle aux estimations de coût global réalisées par l’Institut national du Cancer.

Le principal champ identifié reste celui des cancers d’origine professionnelle (cancers liés à l’amiante, au benzène, au goudron, au bois...) mais la commission a également évalué la sous-déclaration concernant les troubles

musculo-squelettiques (TMS), les dermatoses allergiques et irritatives, l'asthme, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives et, naturellement, les accidents du travail.

Au cours des auditions réalisées par le rapporteur, M. Franck Gambelli, président de la CAT-MP a fortement critiqué la méthodologie retenue par la commission. Il convient à cet égard de signaler que 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 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
	2008	410,00

Source : ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité.

Au terme de ses travaux, la commission a évalué la sous déclaration des AT-MP dans une fourchette comprise entre 564,7 millions d'euros et 1 015,1 milliard d'euros. L'évolution par rapport aux travaux menés en 2005 tient selon elle à trois causes principales : un effet de champ, la commission s'étant attachée à évaluer les coûts liés à de nouvelles pathologies non prises en compte antérieurement comme les dermatoses et les broncho-pneumopathies ; l'augmentation des coûts des pathologies ; l'augmentation des effectifs.

Face à ce constat, le rapport formule un certain nombre de recommandations visant, pour l'avenir, à limiter ce phénomène, dont l'essentiel porte sur les actions suivantes :

– l'information des salariés et de leurs représentants, notamment faire en sorte que le « document unique » d'évaluation des risques professionnels soit

effectivement porté à la connaissance de chaque salarié et améliorer la formation et l'information des délégués du personnel et des CHSCT sur les maladies professionnelles.

– la formation et l'information des médecins, notamment renforcer la formation sur les maladies professionnelles pendant les études médicales et insister particulièrement dans certaines spécialités (rhumatologie, pneumologie, dermatologie...), renforcer la part des formations sur les maladies professionnelles dans la formation médicale continue, inciter les sociétés savantes à approfondir leur travail de sensibilisation, inciter la Haute autorité de santé (HAS) à investir cette problématique, inciter à systématiser les investigations sur les expositions professionnelles dans certains services hospitaliers, notamment en cancérologie ;

– la mise en place dans les caisses d'assurance maladie d'une aide à la déclaration de la maladie et d'un accompagnement des victimes ;

– l'étude des moyens de donner enfin une application effective à l'obligation faite à tous les médecins de déclarer les maladies à caractère professionnel (art. L. 461-6 du code de la sécurité sociale) ;

– l'étude de l'enrichissement des pièces destinées aux caisses, comme les demandes d'ALD ou les feuilles de soins, avec une rubrique permettant de signaler les cas de possibilité d'origine professionnelle ou d'aggravation par le travail ;

– le traitement du problème de la carence systématique de l'information provenant des établissements de santé à destination des caisses ;

– la réduction des disparités de doctrine et/ou de résultats entre les CPAM et entre les CRRMP ;

– l'approfondissement de la formation et l'information des médecins-conseils dans le domaine des maladies professionnelles ;

– l'actualisation des tableaux des maladies professionnelles ;

– l'amélioration des appareils de collecte de l'information et assurer une meilleure coordination et complémentarité entre spécialistes de l'épidémiologie, de la vigilance et la sécurité sociale.

Ces différents points sont inscrits à l'agenda des négociations entre l'État et la CNAMTS en vue de la conclusion de la convention d'objectifs et de gestion de la branche AT-MP 2009-2012, à laquelle il reviendra de dégager les moyens les plus adaptés à la mise en œuvre de ces préconisations.

Compte tenu de ces éléments, le Gouvernement a décidé de porter le montant du versement en 2009 à 710 millions d'euros.

Article 69

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2009

Cet article fixe pour 2008 à 13 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et à 11,4 milliards l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour le régime général de la sécurité sociale.

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 2009 se déroule en trois étapes :

– les comptes prévisionnels 2009 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 (110 millions d'euros) et le régime des mines (460 millions d'euros), de la contribution du régime général au FCAT (38 millions d'euros) et de la contribution des régimes agricoles au FCATA (75 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	14,3	Dont 11,8 pour le régime général
Neutralisation des transferts internes à la branche AT-MP	- 0,7	
Sommes déduites pour le calcul des charges nettes	- 0,6	dont - 0,4 de reprises sur provisions pour prestations, - 0,2 de dotations aux provisions et pertes sur actifs circulants, - 0,03 de produits de gestion courante
objectif de dépenses de la branche	13,0	Dont 11,4 pour le régime général

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 2009 est identique, à l'exception de la neutralisation des transferts internes qui n'ont bien sûr plus lieu d'être.

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

(par ordre chronologique)

- **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)** – M. Michel Legmann, président, et M. Francisco Jornet, conseiller juridique
- **Fond de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)** – Mme Marianne Lévy-Rosenwald, présidente du conseil de surveillance
- **Espace généraliste** – M. Claude Bronner, président, M. Pascal Lamy, secrétaire général, et M. Xavier Tarpin, expert économique
- **Comité économique des produits de santé (CEPS)** – M. Noël Renaudin, président
- **Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)** – M. Bertrand Fragonard, président, M. Pierre-Jean Lancry, vice-président, et Mme Agnès Bocognano, secrétaire générale
- **Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)** – M. Gérard de la Martinière, ancien président, M. Bernard Spitz, président, M. Alain Rouché, directeur du service de la santé, et M. Jean-Paul Laborde, conseiller parlementaire
- **Fédération hospitalière privée (FHP)** – M. Jean-Loup Durousset, président, M. Gérard Angotti, vice-président, M. Philippe Burnel, délégué général, et M. Olivier Drevon, membre du bureau.
- **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés / Union nationale des caisses d'assurance maladie (CNAMTS/UNCAM)** – M. Frédéric van Roekeghem, directeur général, et Mme Sophie Thuot-Tavernier, chargée des relations avec le Parlement
- **Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP)** – M. Franck Gambelli, président, et M. Stéphane Seiller, directeur des risques professionnels
- **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)** – M. Michel Chassang, président

- **Union nationale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)** – Mme Cécile Chartreau, conseillère technique chargée de la santé, et M. Alain Villez, conseiller technique chargé des personnes âgées
- **Mutualité française** – M. Daniel Lenoir, directeur général, Mme Isabelle Metler-Caurier, directrice des affaires publiques, M. Marc Zamichiéri, conseiller auprès du directeur général, et M. Vincent Figureau, responsable du département relations extérieures
- **MG France** – M. Martial Olivier-Koehret, président
- **Fédération hospitalière de France (FHF)** – M. Gérard Vincent, délégué général, M. Yves Gaubert, responsable du pôle « budget-finances », M. Jérôme Secher, directeur de cabinet, Mme Hélène Boyer, pôle ressources humaines, et Mme Virginie Hoareau, adjointe au responsable du pôle organisation sanitaire et sociale.
- **Les entreprises du médicament (LEEM)** – M. Christian Lajoux, directeur, M. Bernard Lemoine, vice-président délégué, M. Claude Bougé, directeur général-adjoint, et Mme Aline Bessis, directrice en charge des affaires publiques
- **Syndicat des médecins libéraux (SML)** – M. Dinorino Cabrera, président, M. Christian Jeambrun, vice-président, et M. Roger Rua, secrétaire général
- **Fond d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)** – M. Pierre Sargos, président, et M. Éric Pardinelle, directeur
- **Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP)** – M. Jean Parrot, président