

N° 1994

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 octobre 2009.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE
PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2010* (n° 1976)

TOME II

ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL

PAR M. JEAN-PIERRE DOOR,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	11
I.- LE PROJET DE LOI PROPOSE POUR 2010 UN OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (ONDAM) RÉALISTE, AMBITIEUX ET ÉQUILIBRÉ	13
A. DEPUIS 2008, L'ONDAM EST DE MIEUX EN MIEUX RESPECTÉ	13
1. En 2008, le dépassement de l'ONDAM a été modéré.....	13
<i>a) Un dépassement de 900 millions d'euros</i>	13
<i>b) Des évolutions contrastées selon les différentes composantes de l'ONDAM</i>	14
2. L'ONDAM 2009 est quasiment respecté.....	16
<i>a) Un ONDAM réaliste et quasiment respecté</i>	16
<i>b) Une évolution différente selon les composantes de l'ONDAM</i>	18
B. POUR 2010, UN ONDAM RÉALISTE, AMBITIEUX ET ÉQUILIBRÉ	21
1. Un ONDAM raisonnable et équilibré, signe de la priorité accordée par les pouvoirs publics au financement solidaire de notre système de santé.....	21
<i>a) Un ONDAM fixé à un niveau raisonnable</i>	21
<i>b) Un ONDAM équilibré entre ses différentes composantes</i>	23
2. Un ONDAM préservé des conséquences financières d'une possible pandémie grippale.....	25
<i>a) Hors périmètre de l'ONDAM, le projet de loi consacre des ressources supplémentaires à l'EPRUS pour financer la préparation et la réponse à une possible pandémie grippale</i>	26
<i>b) Dans le champ de l'ONDAM, le projet de loi prévoit de neutraliser les dépenses induites par une éventuelle pandémie grippale</i>	26
3. Un ONDAM ambitieux, qui suppose de poursuivre les efforts de maîtrise médicalisée des dépenses.....	27
<i>a) Une croissance tendancielle des dépenses de santé très soutenue</i>	27
<i>b) 2,2 milliards d'euros d'économies nécessaires au respect de l'ONDAM pour 2010</i>	28

II.- LES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE	29
A. POURSUIVRE ET APPROFONDIR NOTRE POLITIQUE DE MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE	29
1. La politique de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie a fait la preuve de son efficacité	30
<i>a) Les outils de la maîtrise médicalisée</i>	30
<i>b) Les résultats de la maîtrise médicalisée</i>	33
2. Le projet de loi tend à renforcer certains outils de la maîtrise médicalisée.....	34
<i>a) La procédure actuelle de mise sous accord préalable et sa place dans la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie</i>	34
<i>b) L'aménagement de la procédure de mise sous accord préalable proposée par le projet de loi</i>	36
B. OUVRIR LA VOIE À DES RÉFORMES STRUCTURANTES DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ	37
1. Le projet de loi comporte des mesures visant à accompagner ou à ouvrir la voie à des réformes structurantes	37
<i>a) La mise en place des agences régionales de santé (ARS)</i>	37
<i>b) La création d'un régime spécifique d'exonération du ticket modérateur post-affectation de longue durée (ALD)</i>	38
2. Pour aller plus loin dans la réforme du financement solidaire de notre système de santé, d'autres réformes structurantes sont à envisager pour maîtriser le « reste à charge » des assurés	41
<i>a) Instituer un « secteur optionnel »</i>	41
<i>b) L'institution d'un « bouclier sanitaire »</i>	45
III.- L'HÔPITAL ET LES CLINIQUES PRIVÉES	51
A. LES DÉPENSES HOSPITALIÈRES.....	51
1. Les dépenses hospitalières dans la dynamique des dépenses de l'assurance maladie	53
2. Le contexte financier des établissements de santé publics et privés est en voie d'amélioration	55
<i>a) La situation financière des cliniques à but lucratif reste, malgré une forte hétérogénéité, généralement satisfaisante</i>	55
<i>b) La situation des établissements publics de santé s'améliore en 2008</i>	58
B. LA LOI « HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES » APPORTE LE CADRE NÉCESSAIRE POUR RELEVER LES DÉFIS ET POURSUIVRE LA MODERNISATION DU SECTEUR HOSPITALIER	60
1. La modernisation et le soutien du secteur hospitalier ont déjà été engagés	60
<i>a) La tarification à l'activité s'applique depuis 2008 à 100 % dans les deux secteurs</i>	60

<i>b) Le plan « Hôpital 2007 » a relancé l'investissement</i>	62
<i>c) La maîtrise médicalisée des dépenses a été introduite à l'hôpital</i>	66
2. Les établissements restent confrontés à de nombreux défis	72
<i>a) Il existe des marges importantes d'amélioration exploitables dans l'organisation des hôpitaux publics</i>	72
<i>b) Le nouveau plan « Hôpital 2012 » doit tirer les enseignements du plan « Hôpital 2007 »</i>	73
<i>c) Les opérations de coopérations ou de regroupements internes demeurent limitées</i>	75
<i>d) Malgré certains progrès, les modalités de la convergence intersectorielle ne sont toujours pas établies sur un constat objectif et partagé</i>	76
3. La loi dite « HPST » a posé les bases d'une organisation plus efficiente du système hospitalier	78
<i>a) Les missions des établissements de santé ont été précisées</i>	78
<i>b) La gouvernance des établissements publics de santé a été profondément remaniée</i>	79
<i>c) Les défis managériaux auxquels sont confrontés les établissements publics de santé ont été relevés</i>	80
<i>d) La coopération territoriale entre établissements et professionnels de santé a été renforcée</i>	80
C. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010 AMÉLIORE L'EFFICIENCE DU SECTEUR HOSPITALIER ET RENFORCE LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES	81
1. La maîtrise médicalisée est renforcée dans le secteur dynamique des transports sanitaires	81
<i>a) Un nouveau dispositif de régulation des dépenses</i>	82
<i>b) Un nouveau cadre d'expérimentations</i>	82
2. L'aboutissement de la convergence intersectorielle est repoussé à 2018	83
<i>a) Il est nécessaire de reporter la date d'achèvement du processus de convergence intersectorielle</i>	83
<i>b) Les efforts de convergence ne seront pas pour autant abandonnés</i>	84
3. Le financement des fonds médicaux et hospitaliers est assuré	84
<i>a) Le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins recevra 228 millions des régimes obligatoires d'assurance maladie</i>	84
<i>b) le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés recevra 264 millions d'euros des régimes obligatoires d'assurance maladie</i>	85
IV.- LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES	86
A. LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS DEMEURE LA MISSION PREMIÈRE DE LA BRANCHE	86

1. Les accidents du travail et les maladies professionnelles continuent de connaître des évolutions divergentes	86
<i>a) Le nombre d'accidents du travail diminue en 2008</i>	86
<i>b) Après avoir notablement diminué, les accidents de trajet continuent d'augmenter</i>	88
<i>c) Le nombre de maladies professionnelles reconnues continue d'augmenter</i>	90
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	92
<i>a) L'assurance maladie définit et met en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles</i>	92
<i>b) Le gouvernement a décidé d'élaborer un second plan Santé au travail</i>	93
<i>c) L'AFSSET, mesure phare du plan Santé au travail 2005-2009 est aujourd'hui opérationnelle</i>	97
<i>d) Deux conférences sociales ont permis de relancer le dialogue social</i>	99
B. LE RÉSULTAT DE LA BRANCHE AT-MP S'AMÉLIORE EN 2008 MAIS DEVRAIT REDEVENIR TRÈS DÉFICITAIRE EN 2009.....	99
1. L'amélioration du solde de la branche en 2008.....	100
2. Les fonds destinés à la prise en charge des victimes de l'amiante constituent toujours une part importante des charges de la branche	100
3. Le solde de la branche devrait devenir très déficitaire en 2009	101
C. LA RÉFORME DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES A ÉTÉ AMORCÉE	102
1. La gouvernance de la branche AT-MP a été repensée.....	102
<i>a) L'accord interprofessionnel portant sur la gouvernance de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du 5 avril 2006</i>	102
<i>b) Les évolutions législatives et réglementaires</i>	102
2. Des réflexions sur une évolution des règles de tarification ont été engagées	104
<i>a) Les orientations du protocole d'accord du 12 mars 2007</i>	104
<i>b) Le projet de simplification des règles de tarification et de rénovation des incitations financières</i>	104
D. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010 RENFORCE LES INCITATIONS À LA PRÉVENTION	106
1. Le régime juridique des cotisations supplémentaire s'est amélioré	106
2. Le système expérimental des subventions est généralisé.....	107
3. Le financement des fonds destinés aux victimes de l'amiante est assuré.....	108
4. Le phénomène de sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles continue à être mieux pris en compte.....	108

ANALYSE DES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE ET AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL	109
DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2009	109
<i>Section 2 Dispositions relatives aux dépenses</i>	<i>109</i>
<i>Article 6 : Dotations au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)</i>	<i>109</i>
<i>Article 8 : Rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).....</i>	<i>116</i>
QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2010.....	121
<i>Section 1 Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie.....</i>	<i>121</i>
<i>Avant l'article 28</i>	<i>121</i>
<i>Article 28 : Non prise en compte des dépenses liées à la pandémie grippale pour l'évaluation du risque de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2010</i>	<i>123</i>
<i>Après l'article 28</i>	<i>126</i>
<i>Article 29 : Exonération du « ticket modérateur » pour les examens de suivi réalisés après la sortie du régime des affections de longue durée.....</i>	<i>128</i>
<i>Article additionnel après l'article 29 : Médicaments génériques présentant la même forme galénique que le princeps</i>	<i>135</i>
<i>Article additionnel après l'article 29 : Transparence des tarifs et honoraires des professionnels de santé exerçant en établissements.....</i>	<i>136</i>
<i>Article additionnel après l'article 29 : Transmission aux organismes complémentaires du code identifiant de présentation des médicaments.....</i>	<i>137</i>
<i>Après l'article 29</i>	<i>138</i>
<i>Article additionnel après l'article 29 : Compétence des sages-femmes pour la surveillance et le suivi biologique d'une contraception</i>	<i>139</i>
<i>Article additionnel après l'article 29 : Obligation, pour les praticiens exerçant à honoraires libres, d'effectuer au moins un tiers de leurs actes à tarifs opposables.....</i>	<i>140</i>
<i>Article additionnel après l'article 29 : Développement de la prescription dans le répertoire des génériques.....</i>	<i>142</i>
<i>Après l'article 29</i>	<i>146</i>
<i>Article 30 : Procédure de mise sous accord préalable</i>	<i>147</i>
<i>Après l'article 30</i>	<i>155</i>
<i>Article additionnel après l'article 30 : Information des assurés par les organismes complémentaires d'assurance maladie</i>	<i>157</i>
<i>Après l'article 30</i>	<i>157</i>
<i>Article additionnel après l'article 30 : Contrôle des arrêts de travail dans les collectivités publiques</i>	<i>159</i>
<i>Article 31 : Régulation des dépenses de transport sanitaires.....</i>	<i>160</i>
<i>Après l'article 31</i>	<i>172</i>
<i>Article additionnel après l'article 31 : Expérimentation relative à la chirurgie extra-hospitalière</i>	<i>173</i>

<i>Article additionnel après l'article 31 : Développement de la dialyse à domicile</i>	173
<i>Article 32 : Report à 2018 de la convergence tarifaire intersectorielle des établissements de santé et prise en charge des soins effectués dans des hôpitaux établis hors de France</i>	174
<i>Après l'article 32</i>	196
<i>Article additionnel après l'article 32 : Intéressement financier dans les établissements publics de santé</i>	196
<i>Article additionnel après l'article 32 : Expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens hospitaliers en Outre-mer</i>	197
<i>Après l'article 32</i>	198
<i>Article additionnel après l'article 32 : Objectifs quantifiés nationaux relatifs aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation</i>	198
<i>Après l'article 32</i>	198
<i>Après l'article 33</i>	200
<i>Article 34 : Modalités de versement des contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie aux agences régionales de santé (ARS) pour 2010</i>	201
<i>Article 35 : Dotations des régimes obligatoires de sécurité sociale pour 2010 à divers établissements publics</i>	204
<i>Après l'article 35</i>	220
<i>Article additionnel après l'article 35 : Affiliation des conjoints-collaborateurs des professionnels libéraux aux régimes d'assurance invalidité-décès</i>	222
<i>Après l'article 35</i>	223
<i>Article 36 : Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès</i>	224
<i>Article 37 : Fixation du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)</i>	229
Section 3 Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles	236
<i>Article 42 : Dispositions d'incitation financière en matière de tarification des accidents du travail</i>	236
<i>Après l'article 42</i>	247
<i>Article 43 : Contribution au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)</i>	251
<i>Article additionnel après l'article 43 : Modification du système d'accès au FCAATA</i>	260
<i>Article additionnel après l'article 43 : Création d'une filière individualisée d'accès au FCAATA</i>	261
<i>Article 44 : Versement au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles</i>	261
<i>Article additionnel après l'article 44 : Rapport au Parlement sur l'évolution des tableaux des maladies professionnelles</i>	270
<i>Article 45 : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2010</i>	270
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR	273

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **1 à 5, 7, 9 à 27 et 48 à 54** figurent dans le rapport de M. Yves Bur, sur les recettes et l'équilibre général (n° 1994, tome I).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **38 à 41** figurent dans le rapport de M. Denis Jacquat, sur l'assurance vieillesse (n° 1994, tome III).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **46 et 47** figurent dans le rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau, sur la famille (n° 1994, tome IV).

Les commentaires et les débats en commission sur l'article **33** figurent dans le rapport de Mme Isabelle Vasseur, sur le médico-social (n° 1994, tome V).

Le tableau comparatif et l'annexe consacrée aux amendements examinés en commission figurent dans le fascicule n° 1994, tome VI.

INTRODUCTION

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale marque la priorité que les pouvoirs publics accordent au financement solidaire de notre système de santé.

Dans le contexte économique particulièrement difficile que l'on prévoit pour 2010, la France consacrera en effet 3 % de plus qu'en 2009 au financement des dépenses de santé. Ce projet de loi garantit ainsi le maintien d'un haut niveau de protection sociale.

Il s'inscrit en aval de la profonde réforme de l'organisation de la santé opérée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – dite « HPST ». Avec la mise en place des agences régionales de santé et de la nouvelle gouvernance hospitalière, il s'agit d'une réforme majeure qui contribuera sans aucun doute à renforcer l'efficacité de notre système de santé.

Le présent texte tend également à poursuivre la politique de santé mise en œuvre depuis 2004. Son équilibre repose en effet sur un effort d'approfondissement de notre politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé – qui a fait la preuve de son efficacité –, et en aucun cas sur une politique de rigueur ou de maîtrise comptable des dépenses.

Ainsi, ce projet de loi définit les mesures nécessaires à l'avancée des grands chantiers de notre système de santé pour l'année 2010 : négociation d'une nouvelle convention médicale, déploiement du secteur optionnel, développement des actions de maîtrise médicalisée à l'hôpital, renforcement des incitations à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Il ouvre aussi la voie à d'autres réformes structurelles, qui devront être engagées une fois l'économie française revenue à un rythme de croissance plus proche de sa tendance de long terme. Ces nouveaux chantiers pourront concerner par exemple le financement de notre système de santé : comment se satisfaire d'un système qui repose principalement sur les cotisations sociales, au détriment de la compétitivité de nos entreprises ? De même, la maîtrise des restes à charges des assurés sociaux constitue un chantier incontournable, dans le cadre duquel l'idée d'instaurer un bouclier sanitaire méritera un examen approfondi.

I.- LE PROJET DE LOI PROPOSE POUR 2010 UN OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (ONDAM) RÉALISTE, AMBITIEUX ET ÉQUILIBRÉ

A. DEPUIS 2008, L'ONDAM EST DE MIEUX EN MIEUX RESPECTÉ

1. En 2008, le dépassement de l'ONDAM a été modéré

Alors que l'année 2007 avait connu un dérapage significatif des dépenses incluses dans le champ de l'ONDAM, conduisant à un dépassement de cet objectif d'un montant de 2,8 milliards d'euros, l'année 2008 a été marquée par le retour des dépenses à un rythme de croissance plus proche de celui de l'ONDAM.

a) Un dépassement de 900 millions d'euros

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a fixé l'ONDAM pour 2008 à 152 milliards d'euros, ce qui représentait un rythme de progression de 2,8 %, par rapport aux dépenses de l'année 2007 telles qu'elles étaient estimées au moment de la construction de l'objectif de dépenses pour 2008.

Comme le souligne le rapport de la Cour des comptes sur l'application de cette loi de financement, fait en septembre 2009, ce taux était supérieur au taux d'inflation anticipé – 1,6 % selon le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2008 –, mais il s'est avéré égal au taux d'inflation finalement évalué par l'INSEE, soit 2,8 %. Ainsi, l'ONDAM pour 2008 correspondait, en euros constants, à une progression nulle des dépenses de santé.

En outre, compte tenu de l'évolution tendancielle des dépenses de santé du champ de l'ONDAM, le respect de l'objectif fixé pour 2008 supposait la réalisation de 3,3 milliards d'euros d'économies, dont 2,9 milliards d'euros dans le champ des soins de ville et 400 millions d'euros au titre des dépenses de soins en établissements de santé.

Finalement, les réalisations au titre de l'ONDAM se sont élevées à 152,9 milliards d'euros au cours de l'année 2008, soit 900 millions d'euros de plus que l'objectif fixé, ce qui correspond à une croissance de 3,4 % des dépenses du champ de l'ONDAM.

Toutefois, contrairement à ce qui a eu lieu au cours de l'année 2007, le dépassement est resté inférieur au seuil de déclenchement de la procédure d'alerte instituée par l'article 40 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, dont les dispositions sont codifiées à l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale. En effet, s'il avait évalué le risque de dépassement à un niveau supérieur à 0,75 % de l'ONDAM voté, le comité d'alerte sur l'évolution

des dépenses d'assurance maladie aurait dû mettre en œuvre cette procédure qui aurait conduit le gouvernement et les caisses d'assurance maladie à prendre des mesures de régulation des dépenses en cours d'année.

Ainsi, la croissance des dépenses a été relativement modérée en 2008 par rapport aux années précédentes – notamment les années 2002-2005 – et l'ONDAM a été moins dépassé que les deux années précédentes, comme le montre le tableau ci-dessous.

**Taux d'évolution annuel constaté des dépenses du champ de l'ONDAM
et dépassement annuel de l'ONDAM**

En Md€ courants

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 ⁶⁵
ONDAM voté	112,8	123,5	129,7	134,9	140,7	144,8	152,0
Evolution des dépenses constatées	+7,1 %	+6,4 %	+4,9 %	+4,0 %	+3,2 %	+4,0 %	+3,4 %
Dépassement annuel de l'ONDAM	3,9	0,6	0,5	0,2	1,4	2,8	0,9

Source : rapport de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, septembre 2009

b) Des évolutions contrastées selon les différentes composantes de l'ONDAM

Le dépassement modéré qu'a connu l'ONDAM en 2008 est le résultat d'évolutions contrastées entre ses différentes composantes, comme le montre le tableau ci-dessous.

ONDAM 2008 – Réalisations

En Md€

Sous-objectifs	Réalisations	Taux d'évolution constatés ⁶⁴	Ecart par rapport à l'objectif
Dépenses de soins de ville	71,4	2,5 %	0,8
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	67,7	3,8 %	0,1
Autres dépenses relatives aux établissements de santé			
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,5	8,0 %	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,4	5,3 %	0,0
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,9	3,4 %	0,0
ONDAM	152,9	3,4 %	0,9

Source : rapport de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, septembre 2009

• *L'ONDAM ambulatoire est dépassé de 800 millions d'euros*

Selon le rapport précité de la Cour des comptes, 800 des 900 millions d'euros de dépassement de l'ONDAM pour 2008 portent sur le sous-objectif relatif aux soins de ville, souvent appelé l'« ONDAM ambulatoire ». Ce dépassement a deux explications :

– un manque de base à hauteur de 300 millions d'euros : les dépenses de soins de ville au titre de l'année 2007 ayant été sous-évaluées dans la construction de l'ONDAM pour 2008, il manquait 300 millions d'euros à la base de référence du sous-objectif. En effet, la base à laquelle on applique un taux prévisionnel de progression des dépenses pour construire le sous-objectif est fixée en fonction des réalisations prévues pour l'année en cours : le fait de s'appuyer sur des prévisions expose au risque d'une divergence entre la base ainsi évaluée et le montant définitif des réalisations, qui n'est connu que plus tard. Du fait d'une telle divergence, le taux-cible d'évolution des dépenses de soins de ville pour 2008 passait ainsi de 1,9 % à 1,4 % ;

– une atteinte seulement partielle des économies prévues, comme le montre le tableau ci-dessous.

ONDAM 2008– Economies réalisées sur les soins de ville

Mesures	Montants attendus	Réalisations 2008
Effet report des années précédentes	945	791
- dont mesures du plan d'alerte 2007	715	550
- dont remboursements des médicaments à 15%	80	91
- dont politique du générique	150	150
Franchise médicale	850	890
- dont médicaments	628	
- dont actes paramédicaux	177	nd*
- dont transports sanitaires	45	
Maîtrise médicalisée	635	255
- dont produits de santé	390	174
- dont professionnels de santé et autres	105	22
- dont indemnités journalières	103	0
- dont transport	37	59
Autres mesures	490	199
- dont mesures structurelles	100	0
- dont baisse de prix génériques	90	55
Total	2920	2 135

Source : rapport de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, septembre 2009

• *L'ONDAM hospitalier est dépassé de 130 millions d'euros, malgré un effet de base favorable*

Les deux sous-objectifs relatifs, pour l'un, aux dépenses des établissements de santé tarifés à l'activité et, pour l'autre, aux dépenses des autres établissements de santé, constituent ensemble l'« ONDAM hospitalier ». Il avait été construit à partir d'une base de référence surévaluée, en raison de provisions trop importantes pour un montant que la Cour des comptes évalue à 200 millions d'euros, soulignant que « *cet état de fait ne pouvait rendre que plus aidé le respect de l'objectif* ». En effet, le taux-cible de progression des dépenses hospitalières passait ainsi de 3,2 % à 3,4 %.

En outre, un gel a été pratiqué sur les crédits du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) à hauteur de 100 millions d'euros, ce qui aurait dû rendre plus aisé le respect de l'ONDAM hospitalier.

Pourtant, l'ONDAM hospitalier a fait l'objet d'un dépassement de 130 millions d'euros.

• *L'ONDAM médico-social et le sous-objectif de dépenses relatives aux autres modes de prise en charge sont respectés*

Les deux sous-objectifs de l'ONDAM consacrés aux dépenses médico-sociales – formant ensemble l'« ONDAM médico-social » – comprennent des contributions des régimes d'assurance maladie aux dépenses de soins en établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées. Or ces prestations sont encadrées par un objectif global de dépenses, qui constitue une enveloppe fermée. L'ONDAM médico-social n'est donc susceptible d'aucun dépassement.

Quant au sous-objectif de l'ONDAM consacré aux autres modes de prise en charge, comprenant notamment le financement du Fonds d'investissement pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et les dépenses de soins des Français à l'étranger, il a été respecté en 2008.

2. L'ONDAM 2009 est quasiment respecté

Le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale du 1^{er} octobre 2009 fait le constat d'une progression des dépenses du champ de l'ONDAM quasi-conforme à l'objectif voté.

a) Un ONDAM réaliste et quasiment respecté

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a fixé l'ONDAM à 157,6 milliards d'euros, soit 3,3 % de plus que l'ONDAM pour l'année précédente à structure constante.

- *En 2009, l'ONDAM est plus réaliste que les années précédentes*

Le taux-cible de croissance des dépenses ainsi retenu pour 2009 (3,3 %) correspond à la progression des réalisations pour l'année 2008, telle qu'elle était estimée au moment du vote de l'ONDAM pour 2009.

En outre, le sous-objectif de dépenses relatif aux soins de ville, qui avait été largement dépassé les années précédentes, a été fixé à 73,2 milliards d'euros pour 2009, ce qui devait permettre une progression de 3,1 % des dépenses de soins ambulatoires. Ce taux était nettement plus réaliste que ceux fixés pour 2007 (1,1 %) et 2008 (1,9 %). Il était même supérieur à la croissance des dépenses de soins de ville, prévue pour 2008 au moment de la construction de l'ONDAM (2,5 %).

- *L'ONDAM pour 2009 a été quasiment respecté*

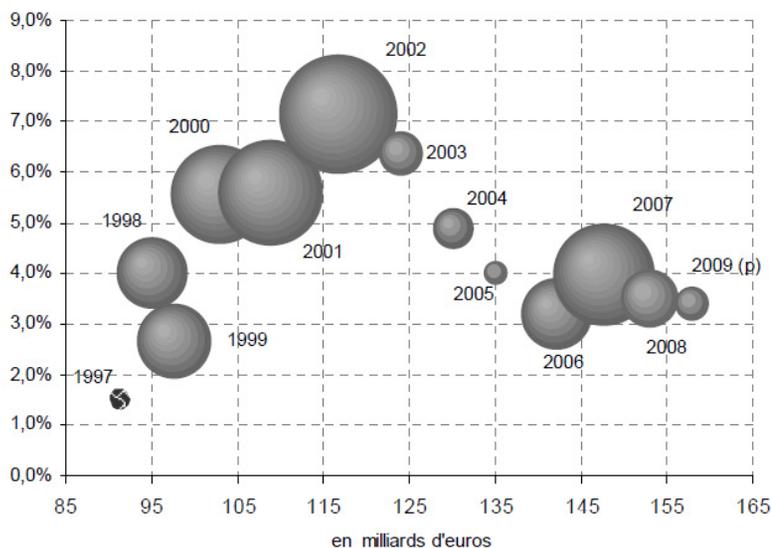
Selon le rapport précité à la Commission des comptes de la sécurité sociale, les réalisations prévisionnelles pour l'année 2009 font apparaître un très faible dépassement de l'ONDAM, évalué à 300 millions d'euros, qui s'explique, pour plus des deux tiers, par un manque de base dans le sous-objectif relatif aux soins de ville. Il est d'ailleurs à noter que ce dépassement prévisionnel s'est réduit de 100 millions d'euros par rapport aux estimations présentées dans le précédent rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, datant de juin 2009. Les dépenses du champ de l'ONDAM augmenteraient ainsi de 3,4 % en 2009.

Le graphique ci-après met en évidence deux phénomènes à l'œuvre dans l'évolution des dépenses du champ de l'ONDAM :

– après des années de forte accélération jusqu'en 2002, puis de décélération progressive jusqu'en 2006 et malgré une rechute en 2007, la croissance des dépenses tend à se stabiliser à un niveau raisonnable, légèrement supérieur à 3 % ;

– l'ONDAM est de mieux en mieux respecté, après d'importants dépassements dans les années 2000 à 2002 et hormis le dérapage de 2007.

Graphique 1 – Évolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM



Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, 1^{er} octobre 2009

b) Une évolution différente selon les composantes de l'ONDAM

L'ONDAM pour 2009 reprend la même ventilation en sous-objectifs que l'ONDAM pour 2008, avec des modifications de périmètre très limitées.

Comme en 2008 mais dans une bien moindre mesure, le dépassement de l'ONDAM porte principalement sur le sous-objectif de dépenses relatives aux soins de ville.

• Un dépassement modéré de l'ONDAM ambulatoire

Selon le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale précité, le sous-objectif de dépenses relatives aux soins de ville pour 2009 serait dépassé de 350 milliards d'euros, sous l'effet conjugué d'une progression des dépenses de soins de ville supérieure à la croissance prévue (3,7 % au lieu de 3,1 %) et d'un manque de base représentant les deux tiers du dépassement.

Ce dynamisme est nourri par la croissance des honoraires paramédicaux, qui avoisine 6,5 % en 2009 contre 5,4 % en 2008, pour atteindre un montant total de 5,85 milliards d'euros. Cette évolution s'explique par deux facteurs :

- les tarifs des soins infirmiers ont été revalorisés en avril 2009 ;
- les franchises sur les actes paramédicaux, dont l'instauration en 2008 a mécaniquement infléchi la croissance des dépenses concernées, ne produit plus d'effet sur le rythme de progression des dépenses en 2009.

La dynamique des dépenses de soins de ville s'explique aussi par la progression des dépenses de biologie : + 2,5 % en 2009, après + 0,4 % en 2008, pour atteindre 2,7 milliards d'euros. En effet, la forte croissance du volume des actes – près de 5 % en 2009 – a plus que compensé les baisses de tarifs opérées en 2009, pour un rendement attendu de 100 millions d'euros.

De plus, les frais de transport sanitaire retrouvent, en 2009, un rythme de croissance soutenu, proche de 7 %, après deux ans de progression plus contenue. Comme pour les dépenses de soins paramédicaux, cette dynamique trouve son explication dans la conjugaison de deux facteurs :

– les hausses des tarifs des transports en ambulance, intervenues en octobre 2008 et en juin 2009 ;

– le fait que le dispositif des franchises sur les transports sanitaires n'agisse quasiment plus en 2009 sur le rythme de croissance de ces dépenses.

Enfin, après un infléchissement marqué entre 2003 et 2006, avec une baisse de 0,8 % par an en moyenne, les dépenses d'indemnités journalières connaissent de nouveau des taux de croissance élevés, à 5,8 % en 2008 et en 2009. Toutefois, l'évolution prévisionnelle de ce poste de dépense est contrastée entre :

– d'une part, les indemnités journalières pour maladie, qui devraient légèrement ralentir, à 4,6 % de croissance en 2009 après 5,7 % en 2008, sous l'effet de la dégradation du marché du travail ;

– d'autre part, les indemnités journalières d'accidents du travail, dont la croissance tend à s'accélérer, à 7,6 % en 2009 contre 6,1 % en 2008.

Votre rapporteur souligne qu'en revanche, les dépenses d'honoraires médicaux ont tendance à stagner, avec une progression de seulement 1,1 % en 2009. Cette croissance est particulièrement faible pour les généralistes, dont les honoraires remboursés par les régimes obligatoires connaissent une évolution quasi-nulle, à 0,2 %.

Le tableau ci-dessous présente ces disparités dans l'évolution des différents postes de dépenses au sein de l'ONDAM ambulatoire.

Tableau 1 – Évolution des dépenses de soins de ville

RÉGIME GÉNÉRAL, en millions d'euros	2007	2008	Évolution 08/07	Prévision 09/08
Soins de ville	55 138	56 491	2,7%	3,5%
Honoraires libéraux	25 767	26 519	2,9%	3,0%
<i>dont</i>				
Honoraires privés	15 163	15 520	2,3%	1,1%
généralistes	4 915	4 996	1,7%	0,2%
spécialistes	7 640	7 882	3,2%	1,7%
sages-femmes	101	108	7,8%	7,9%
dentistes	2 508	2 533	1,0%	0,4%
Honoraires paramédicaux	5 549	5 846	5,4%	6,5%
infirmières	2 854	3 059	7,2%	9,7%
kinésithérapeutes	2 277	2 344	2,9%	2,6%
orthophonistes	377	402	6,6%	4,8%
orthoptistes	40	42	3,2%	9,3%
Laboratoires	2 678	2 689	0,4%	2,5%
Transports de malades	2 377	2 463	3,6%	6,8%
Autres dépenses	29 371	29 972	2,5%	4,1%
<i>dont</i>				
Médicaments	17 737	17 644	-0,5%	2,6%
Dispositifs médicaux	3 257	3 543	13,7%	8,9%
Indemnités journalières	7 511	7 948	5,8%	5,5%
IJ maladie	5 385	5 693	5,7%	4,6%
IJ AT	2 126	2 255	6,1%	7,6%

Note : les taux d'évolution sont calculés à champ constant et neutralisent de ce fait le transfert d'une partie des dispositifs médicaux dans le budget des EHPAD opéré en 2008. La progression réellement observée de ce poste a été de 8,8% et celle de l'ensemble des dépenses de soins de ville de 2,7% (présentation retenue dans le rapport de juin 2009).

Source : calculs DSS, données CNAM (dépenses remboursées en date de soins au 31 mai 2009).

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, 1^{er} octobre 2009

- *Un dépassement modeste de l'ONDAM hospitalier*

Selon le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, la construction de l'ONDAM hospitalier pour 2009 repose sur une base sous-évaluée de 250 millions d'euros : de ce fait, le respect des sous-objectifs concernés suppose une croissance des dépenses n'excédant pas un rythme de 2,7 %, soit nettement moins que le taux-cible retenu lors de la construction de l'ONDAM (3,1 %).

Grâce à une évolution modérée des dépenses, à un rythme proche de 2,9 %, ainsi qu'à un gel de 25 millions d'euros sur les dotations de missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC), le dépassement de l'ONDAM hospitalier est limité à 150 millions d'euros.

- *Un gel de 150 millions d'euros sur l'ONDAM médico-social*

L'ONDAM médico-social est composé de deux enveloppes fermées et déléguées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) : en théorie, son montant réalisé ne diffère pas du montant prévu.

On observe toutefois un phénomène de sous-consommation des crédits destinés au financement des établissements et services pour personnes âgées, qui conduit la CNSA à accumuler des excédents chaque année plus importants : selon le rapport précité de la Cour des comptes, ils s'élevaient à 142,7 millions d'euros en 2005, à 289,7 millions d'euros en 2006, à 487,7 millions d'euros en 2007 et à 539 millions d'euros en 2008, soit plus de 8 % de l'objectif global de dépenses. Cette sous-consommation récurrente, qui s'accroît, conduit la CNSA à constituer d'importantes réserves.

Aussi, il a été procédé à un débasage de 150 millions d'euros sur le sous-objectif de dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées. Compte tenu de l'importance des excédents accumulés par la CNSA, cette opération ne met en péril aucun projet.

• *Une légère sous-consommation des crédits affectés aux autres modes de prise en charge*

Au sein du sous-objectif de dépenses relatives aux autres modes de prise en charge, les crédits du FIQCS ont été gelés pour 50 millions d'euros. Cette évolution est compensée en partie par le niveau plus élevé que prévu de dépenses de soins des Français à l'étranger. Il résulte de ces deux mouvements que le sous-objectif concerné pourrait présenter une sous-consommation de quelques dizaines de millions d'euros.

B. POUR 2010, UN ONDAM RÉALISTE, AMBITIEUX ET ÉQUILIBRÉ

1. Un ONDAM raisonnable et équilibré, signe de la priorité accordée par les pouvoirs publics au financement solidaire de notre système de santé

L'article 37 du projet de loi fixe l'ONDAM pour 2010 à 162,4 milliards d'euros, soit 4,8 milliards d'euros de plus qu'en 2009 à champ constant.

a) Un ONDAM fixé à un niveau raisonnable

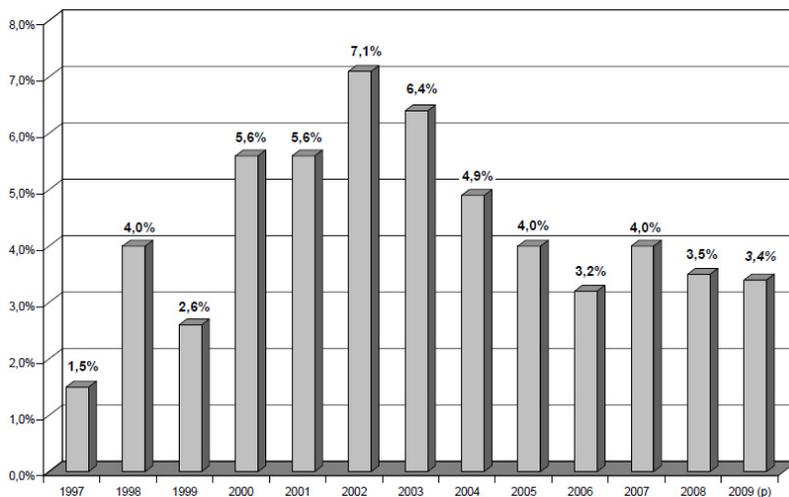
Le montant proposé pour l'ONDAM permet une progression de 3 % de nos dépenses de soins.

Certes, ce taux-cible est légèrement inférieur à la croissance des dépenses constatée en 2008 et prévue pour 2009, qui atteint 3,4 %. Cependant, deux motifs conduisent votre rapporteur à estimer que l'ONDAM pour 2010 pourra ne pas être dépassé – et, pour cette raison, à le juger réaliste.

D'une part, l'évolution des réalisations de l'ONDAM depuis 2002 fait apparaître une décélération tendancielle de la croissance des dépenses concernées, comme le montre le graphique ci-après. Ainsi, avec un rythme de progression

proche de celui constaté en 2006, l'ONDAM proposé pour 2010 s'inscrit dans cette tendance.

Evolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM sur la période 1997-2009



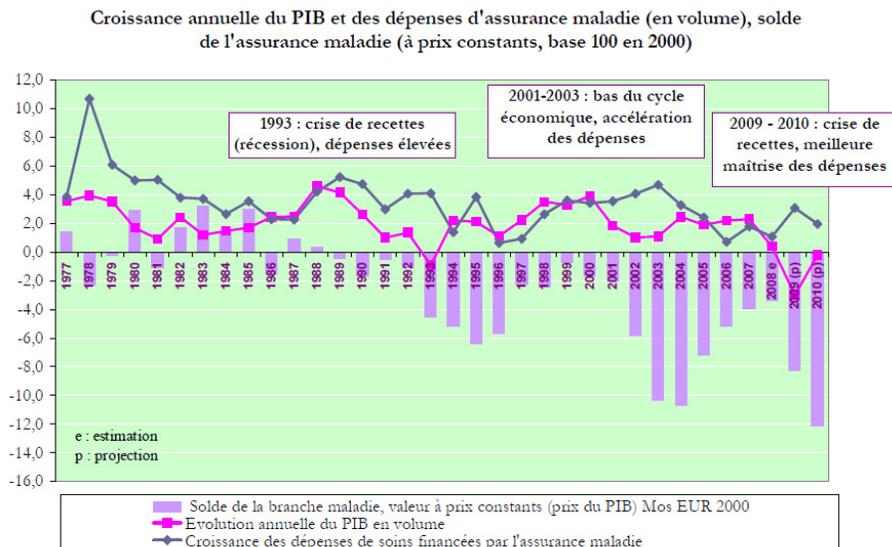
Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, 1^{er} octobre 2009

Commentant le taux de progression de l'ONDAM pour 2010, l'annexe 7 au projet de loi souligne d'ailleurs que « les politiques structurantes menées en matière de promotion des soins les plus efficaces, passant notamment par la montée en puissance des outils de maîtrise médicalisée et de révision régulière du panier de soins, tant en termes de prix que de taux de remboursement », crédibilisent l'ONDAM proposé. Elle ajoute que la mise en œuvre de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – dite « HPST » – permettra, « au travers notamment des agences régionales de santé, une action efficace sur l'offre de soins et son organisation, génératrice d'économies structurelles ».

D'autre part, l'article 28 du projet de loi prévoit que le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie ne tiendra pas compte des conséquences d'une éventuelle pandémie grippale sur les dépenses du champ de l'ONDAM. En effet, la construction de l'objectif pour 2010 n'intègre pas les dépenses supplémentaires d'honoraires médicaux, de médicament et d'indemnités journalières – d'ailleurs très difficiles à évaluer – qu'une telle pandémie induirait. La neutralisation de ces dépenses dans la procédure de suivi de l'ONDAM contribue à limiter les risques d'un dépassement de l'objectif.

Votre rapporteur souligne aussi que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale s'inscrit dans un contexte de dégradation sans précédent de nos finances publiques, et dans un environnement économique général marqué par une importante récession en 2009 et une reprise faible en 2010, avec des taux

d'évolution du produit intérieur brut évalués respectivement à $-2,25\%$ et $+0,75\%$. Dans ces conditions, une progression de 3% des dépenses du champ de l'ONDAM permet de placer notre système de santé à l'abri des effets de la crise, comme le montre le graphique ci-après. Ainsi, l'ONDAM proposé par le projet de loi témoigne de la priorité que les pouvoirs publics accordent au financement solidaire de notre système de santé.

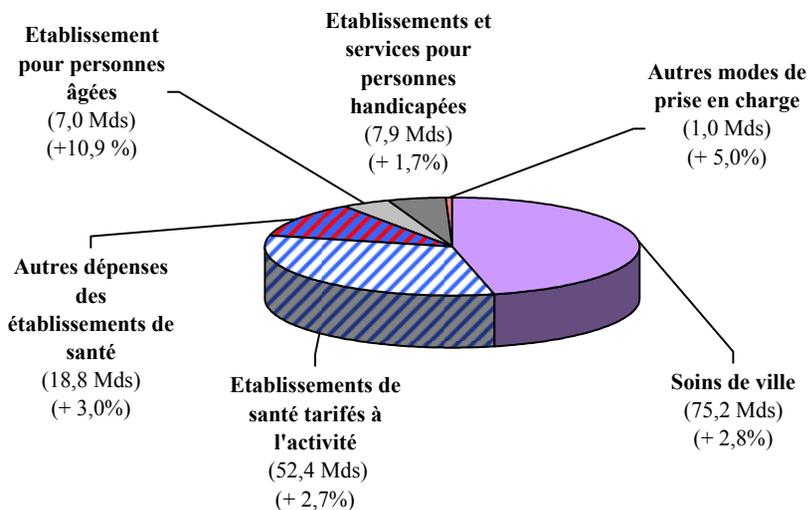


Source : rapport de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur les charges et les produits de l'assurance maladie pour l'année 2010, juillet 2009

b) Un ONDAM équilibré entre ses différentes composantes

Pour la deuxième année consécutive, le taux de progression de l'ONDAM ambulatoire est identique à celui de l'ONDAM hospitalier, atteignant $2,8\%$ comme l'indique le diagramme ci-dessous.

*Décomposition de l'ONDAM pour 2010
tel qu'il est proposé par l'article 37 du projet de loi*



Cette progression équilibrée constitue une attente particulièrement forte des acteurs du système de santé.

Elle va aussi dans le sens d'un rééquilibrage de notre système de santé, marqué par ce que l'on appelle souvent son « hospitalo-centrisme ». Des travaux récents de l'OCDE ont en effet montré que 64 % des dépenses françaises de soins curatifs et de réadaptation sont produites par le secteur hospitalier, contre 46 % en moyenne pour les pays de l'OCDE ⁽¹⁾.

Le rapport de la CNAMTS sur les produits et les charges de l'assurance maladie pour 2010 met d'ailleurs en évidence « une déformation des modes de prise en charge vers les soins ambulatoires », qui traduit un rééquilibrage de notre système de santé entre la ville et l'hôpital. Les projections de la CNAMTS pour les années 2009-2012 indiquent ainsi une croissance des besoins de financement plus forte pour les soins de ville que pour les soins hospitaliers, comme le montre le tableau ci-dessous.

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

***Évolution prévisionnelle des besoins de financement
par mode de prise en charge, 2009-2012***

	Evol. moyenne en volume sur la période 2009/2012
Honoraires	1,3%
Auxiliaires	5,5%
Pharmacie	7,0%
Labo	4,5%
LPP	9,2%
Transports	4,2%
II	1,5%
Total soins de ville	4,7%
Hospitalisation MCO	1,5%
Hospitalisation psychiatrie	1,1%
Hospitalisation SSR	2,5%
USLD et autres	6,4%
Total hospitalisation	2,2%
Médico social	5,0%
TOTAL	3,7%

Source : rapport de la CNAMTS sur les charges et les produits de l'assurance maladie pour l'année 2010, juillet 2009

2. Un ONDAM préservé des conséquences financières d'une possible pandémie grippale

Le projet de loi tend à placer en dehors du périmètre de l'ONDAM les dépenses de préparation et de réponse à une pandémie de grippe A (H1N1).

Dès le 20 février 2009, le Secrétariat général à la défense nationale (SGDN) a actualisé le plan national de prévention et de lutte contre une pandémie grippale (dit « plan pandémie »), afin de l'adapter aux données épidémiologiques spécifiques au virus A (H1N1).

L'acquisition par ce virus d'une capacité de transmission interhumaine a fait l'objet d'une alerte lancée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) le 24 avril 2009. Depuis lors, conformément au plan pandémie, le gouvernement constitue des stocks de produits de santé nécessaires à la protection de la population contre une possible pandémie. L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) a ainsi été chargé d'acquérir 94 millions de vaccins contre le virus A (H1N1), ainsi que les produits consommables (seringues, masques et containers de gestion des déchets) nécessaires à l'organisation d'une campagne de vaccination de masse.

Aujourd'hui, le niveau d'alerte en France est fixé à la « situation 5A » du plan pandémie, caractérisée par l'extension géographique de la transmission interhumaine du virus qui marque le « démarrage d'une pandémie ».

a) Hors périmètre de l'ONDAM, le projet de loi consacre des ressources supplémentaires à l'EPRUS pour financer la préparation et la réponse à une possible pandémie grippale

L'article 6 du projet de loi rectifie le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'EPRUS au titre de l'année 2009.

En effet, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait fixé le montant de cette contribution à 44 millions d'euros. L'EPRUS bénéficiait aussi d'un important report de crédits des exercices précédents, ainsi que d'une dotation de l'État permettant, comme le prévoit l'article L. 3135-4 du code de la santé publique, de financer 50 % de ses dépenses d'acquisition de produits de santé. Au total, il disposait de 421,9 millions d'euros en autorisations d'engagement et de 365,1 millions d'euros en crédits de paiement pour l'année 2009.

Néanmoins, ces ressources sont insuffisantes pour couvrir les dépenses programmées par l'établissement en vue d'une pandémie de grippe A (H1N1), soit 1,136 milliard d'euros.

C'est pourquoi l'article 6 du projet de loi propose d'augmenter la contribution des régimes d'assurance maladie à son financement au titre de l'année 2009, en la portant de 44 à 414,8 millions d'euros. Toutefois, ce montant est imputé sur les dépenses d'assurance maladie placées hors du champ de l'ONDAM.

b) Dans le champ de l'ONDAM, le projet de loi prévoit de neutraliser les dépenses induites par une éventuelle pandémie grippale

Si une large part des dépenses qu'induirait une pandémie grippale seront prises en charge par l'EPRUS, conformément à ses missions, il n'en reste pas moins qu'une telle pandémie occasionnerait aussi des consultations et des visites médicales, des consommations de médicaments et des indemnités journalières d'arrêt de travail supplémentaires. Ces postes de dépenses entrent dans le champ de l'ONDAM au titre des soins de ville.

Pourtant, il paraît difficile de réguler ces dépenses, qui auraient un caractère ponctuel, lié à une situation épidémiologique exceptionnelle. Or, comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, l'ONDAM n'a pas pour vocation de comprendre des dépenses non régulées.

En outre, les dépenses de soins de ville induites par une pandémie grippale dans les premiers mois de l'année 2010 pourraient conduire le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie à évaluer le risque de dépassement de l'ONDAM à plus de 0,75 % du montant de l'objectif voté et, en application de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, à déclencher une procédure d'alerte qui conduirait notamment :

– à la mise en œuvre de « *mesures de redressement* » proposées par les caisses nationales d'assurance maladie ;

– à la suspension de toute convention ou de tout avenant prévoyant une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des professionnels de santé.

Ces règles constituent des « stabilisateurs automatiques » destinés à corriger, en cours d'année, des tendances incompatibles avec l'ONDAM dans l'évolution des dépenses d'assurance maladie. En revanche, elles ne sont pas adaptées aux cas de hausse ponctuelle des dépenses d'assurance maladie liée à une situation exceptionnelle, comme une pandémie.

C'est pourquoi l'article 28 du projet de loi vise à neutraliser les dépenses induites par la pandémie grippale dans le suivi de l'ONDAM. Il est ainsi proposé que le comité d'alerte ne tienne pas compte de ces dépenses dans l'appréciation des risques de dépassement de l'ONDAM pour 2010.

Ainsi, les stabilisateurs automatiques précités ne seront pas mis en œuvre pour compenser, par des restrictions en fin d'année, des dépenses liées à une situation épidémiologique exceptionnelle.

3. Un ONDAM ambitieux, qui suppose de poursuivre les efforts de maîtrise médicalisée des dépenses

a) Une croissance tendancielle des dépenses de santé très soutenue

Le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2009 précité évalue à 4,4 % en 2010 le taux de croissance tendancielle des dépenses de santé du champ de l'ONDAM, c'est-à-dire la progression de ces dépenses avant toute mesure nouvelle.

Dans son rapport précité sur les produits et les charges du régime général pour 2010, la CNAMTS explique cette dynamique par deux facteurs :

– une croissance rapide du nombre d'assurés souffrant de pathologies sévères, notamment des bénéficiaires du régime des affections de longue durée (ALD) ;

– une intensification des soins se traduisant par une augmentation des volumes de consommation par assuré.

Ainsi, la population traitée pour des pathologies sévères, qui représente 15 % des assurés relevant de la CNAMTS, concentre 62 % des dépenses du régime général, comme le montre le tableau ci-après. De plus, les projections de la CNAMTS indiquent une augmentation des effectifs de ces patients au rythme de 3,6 % par an en moyenne pour les trois prochaines années.

Ventilation des dépenses d'assurance maladie

Segment de population	Effectifs 2008		Dépenses 2008		Evolution projetée 2009-2012		
	Nombre	%	Montant	%	Dépenses totales (volume)	Effectifs	Volume par tête
Non consommateurs	4 038 894	7,1%				-1,0%	
TOTAL Consommateurs	52 713 655	92,9%	126 613	100,0%	3,7%	0,9%	2,8%
TOTAL pathologies sévères	8 317 350	14,7%	78 895	62,3%	5,2%	3,6%	1,5%
TOTAL hors pathologies sévères	48 435 198	85,3%	47 717	37,7%	0,9%	0,2%	0,7%
TOTAL	56 752 548	100,0%	126 613	100,0%	3,7%	0,7%	2,9%

Source : rapport de la CNAMTS sur les charges et les produits de l'assurance maladie pour l'année 2010, juillet 2009

b) 2,2 milliards d'euros d'économies nécessaires au respect de l'ONDAM pour 2010

Compte tenu de l'évolution spontanée des dépenses de santé, le respect de l'ONDAM proposé par le projet de loi suppose de réaliser 2,2 milliards d'euros d'économies, soit, selon l'annexe 7, un montant comparable aux économies réalisées en 2008 et 2009.

Pour réaliser de telles économies sans remettre en cause le caractère solidaire du financement de notre système de santé ni augmenter exagérément les prélèvements obligatoires, il n'y a d'autre solution que de poursuivre et d'approfondir la politique de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie, qui a fait la preuve de son efficacité (*cf. infra*).

Pour 2010, les principales mesures d'économies envisagées consistent à :

- poursuivre les programmes conventionnels de maîtrise médicalisée, en mettant en œuvre les référentiels de la Haute Autorité de santé (HAS) sur la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA), en menant des campagnes de mise sous accord préalable des médecins « surprescripteurs », en diffusant les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) et en renforçant le contrôle des dépenses d'indemnités journalières ;

- développer la lutte contre la fraude ;

- baisser le prix de certains médicaments et promouvoir certains nouveaux génériques, notamment pour le clopidrogel (équivalent du *Plavix*®) ;

- réduire à 15 % le taux de remboursement de certains médicaments dont le service médical rendu est faible ;

- augmenter le forfait hospitalier, pour le porter de 16 à 18 euros.

On notera d'ailleurs que l'année 2010 verra l'entrée en vigueur de certaines mesures d'économies votées précédemment, comme l'extension de la « clause de sauvegarde » aux médicaments remboursés par l'assurance maladie en sus des tarifs hospitaliers (*cf. commentaire de l'article 11*), prévu par l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

II.- LES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE

Les mesures proposées par le présent projet de loi s'inscrivent dans le prolongement de notre politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, telle que le législateur l'a définie :

– la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie en a refondé les principes ;

– les lois de financement de la sécurité sociale successives en ont renforcé les outils – notamment par la première de la présente législature, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 ;

– la loi du 21 juillet 2009 dite « HPST » en a modifié les circuits de mise en œuvre sur le terrain, avec la création des agences régionales de santé (ARS).

Ainsi, le présent projet de loi propose des mesures qui s'inscrivent dans le prolongement des outils de maîtrise médicalisée existants, et qui peuvent ouvrir la voie à des réformes structurantes.

A. POURSUIVRE ET APPROFONDIR NOTRE POLITIQUE DE MAÎTRISE MÉDICHALISÉE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

Bien que la politique de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie n'ait pas de définition ni législative ni réglementaire, elle est au centre de nos politiques de santé depuis plus de quinze ans et son efficacité est désormais largement reconnue.

Le concept de maîtrise médicalisée des dépenses a été élaboré lors de la discussion de la loi n°93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, dite « loi Teulade ». Il se définit comme un ensemble d'actions visant à optimiser les pratiques médicales, notamment en améliorant la qualité des soins et en veillant au respect des bonnes pratiques professionnelles (*cf.* l'encadré ci-après). Cette politique recouvre donc un large éventail d'actions visant notamment à :

– mieux prévenir les pathologies chroniques ;

– optimiser le recours au système de soins en favorisant, à efficacité thérapeutique équivalente, les prises en charge les moins coûteuses ;

– accroître l'efficacité des offreurs de soins.

La principale spécificité de la maîtrise médicalisée tient à ce qu'elle s'appuie sur les professionnels de santé ; c'est sur ce critère qu'on la distingue de la maîtrise « comptable » des dépenses, cette dernière pouvant ne relever que des pouvoirs publics.

Définition de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie

La maîtrise médicalisée ayant toujours été située dans un contexte économique de ressources rares, on pense souvent que le résultat attendu de sa mise en œuvre est la réalisation d'économies. En fait, ce qui est en cause, c'est l'efficacité du système. Si la maîtrise médicalisée apparaît alors comme un des éléments constitutifs de régulation des dépenses, l'impératif de qualité de la prise en charge doit prévaloir, même s'il conduit à leur augmentation.

Définition de la maîtrise médicalisée par les partenaires conventionnels a évolué comme suit :

– en 1993 : « *adapter la pratique médicale, en particulier par la mise en œuvre du dispositif de coordination des soins et de continuité des soins dans le but d'améliorer la qualité des soins et la maîtrise des dépenses* »

– en 1998 : « *La maîtrise médicalisée (...) a pour finalité d'infléchir les comportements dans une recherche constante d'amélioration de la qualité. Elle contribue ainsi à améliorer l'efficacité du système de soins.* »

– en 2005 : « *Les parties s'engagent ensemble sur la voie d'une régulation médicalisée des dépenses de santé, s'appuyant sur des référentiels médicaux scientifiquement validés. Conscient de la gravité de la situation financière de l'assurance maladie, leur objectif est d'améliorer l'efficacité de notre système de soins.* ».

Source : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), rapport annuel 2009

1. La politique de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie a fait la preuve de son efficacité

a) Les outils de la maîtrise médicalisée

C'est le législateur qui a établi la base légale des principaux outils de la politique de maîtrise médicalisée des dépenses, élaborés ensuite dans le cadre de la négociation conventionnelle.

● *Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)*

L'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a fixé le cadre législatif dans lequel le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) a été créé.

Ses dispositions, codifiées à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale, permettent en effet aux organismes locaux d'assurance maladie de proposer aux médecins conventionnés d'adhérer à un contrat, conforme à un contrat-type élaboré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, comportant des engagements individualisés en matière de prescription (UNCAM), de participation à des actions de dépistage et de prévention, à des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, de participation à la permanence des soins, de contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels.

En application de ces dispositions, une décision de l'UNCAM du 9 mars 2009 a défini un contrat-type destiné aux médecins libéraux conventionnés. Ce contrat, qui décline en neuf indicateurs – dont sept visant à optimiser la

prescription – les priorités de santé publique et les référentiels élaborés par la Haute Autorité de santé (HAS), porte sur la prévention, la consolidation de la qualité de prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques et l'efficacité des prescriptions.

En contrepartie, le médecin souscripteur du contrat perçoit un complément de rémunération, dont le montant est défini en fonction de ses résultats constatés au regard d'objectifs fixés sur trois ans.

Selon les informations dont dispose votre rapporteur, on compte à ce jour environ 10 000 souscripteurs de contrats d'amélioration des pratiques individuelles.

- *Les référentiels de prescription pour les actes en série*

L'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a modifié l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, pour prévoir la possibilité, lorsque sont définies les conditions dans lesquelles des actes réalisés en série sont admis au remboursement, de fixer un nombre maximal d'actes au-delà duquel la poursuite de la prise en charge du traitement est soumise à un accord préalable du service du contrôle médical fondé sur un référentiel élaboré par la HAS ou validé par celle-ci sur proposition de l'UNCAM.

A ce jour, cette dernière a élaboré et transmis à la HAS pour validation, six référentiels concernant des actes de masso-kinésithérapie.

Trois d'entre eux – concernant respectivement la rééducation de l'entorse externe récente de cheville, de la main après chirurgie pour syndrome du canal carpien et la rééducation après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou – ont été validés par la HAS le 28 avril 2009, dès lors que celle-ci a considéré qu'aucun argument scientifique n'était de nature à s'opposer à la validation des seuils proposés.

Les trois autres sont en cours d'expertise à la HAS. Ils concernent la rééducation après arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche, après arthroplastie du genou par prothèse totale du genou, et après chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple ou du tendon rompu de la coiffe des rotateurs.

- *Les référentiels médico-économiques de la Haute autorité de santé*

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a donné compétence à la HAS pour rendre des recommandations et des avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces. Il vise à ce que les médecins disposent de recommandations hiérarchisées en fonction de l'efficacité et présentées de façon pratique.

Selon les informations fournies à votre rapporteur, la HAS s'est dotée en septembre 2008 d'une nouvelle commission, intitulée « commission économie et

santé publique », afin de répondre à cette nouvelle mission. De plus, son projet stratégique 2009-2011 lui fixe comme objectif de publier dix recommandations médico-économiques par an.

La HAS a fait usage de sa nouvelle compétence, notamment en publiant deux fiches de bon usage pour des médicaments dont les prix ou les volumes de remboursement sont particulièrement élevés, et pour lesquels des alternatives existent. L'une vise à éclairer le choix entre inhibiteurs de l'enzyme de conversion et sartans pour le traitement de l'hypertension artérielle ; une autre concerne les inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte ; sous peu, une troisième traitera du bon usage des statines.

Selon le cabinet de la ministre de la santé et des sports, ces recommandations seraient bien suivies par les prescripteurs. En effet, à la suite de la publication des recommandations de la HAS recommandant un usage plus fréquent des inhibiteurs de l'enzyme de conversion au détriment des sartans, plus chers sans être plus efficaces, on observerait un affaiblissement de la croissance des prescriptions de sartans au profit des premiers : de janvier à avril 2009, la croissance du chiffre d'affaires des sartans s'est établie à 1 % seulement, contre 11 % en 2007 et 9 % en 2008.

On rappellera en outre que l'article 53 de la loi dite « HPST » a prévu la possibilité pour l'UNCAM de soumettre à la HAS tout projet de référentiel de pratique médicale, ainsi que sur tout projet de référentiel visant à encadrer la prise en charge par l'assurance maladie d'un type particulier de soins.

• *Les objectifs conventionnels de maîtrise médicalisée*

Pour réaliser chaque année les économies nécessaires au respect de l'ONDAM, l'UNCAM et les organisations représentatives des professionnels de santé concluent des avenants aux conventions nationales, qui fixent en effet des objectifs d'économies et définissent les actions de diffusion de bonnes pratiques et de bon usage des soins et biens médicaux nécessaire pour les atteindre.

Dans le cadre de la négociation conventionnelle, ils ont aussi défini progressivement :

– des objectifs globaux de maîtrise médicalisée, définis en 2005, sur la base desquels les caisses d'assurance maladie ont développé des actions d'accompagnement individuel des médecins ;

– des objectifs de qualité des soins en complément de ces objectifs de maîtrise des dépenses ;

– des objectifs individualisés de maîtrise des dépenses ont été déclinés pour certains thèmes en 2007, à partir des objectifs collectifs.

b) Les résultats de la maîtrise médicalisée

Aujourd'hui, chacun reconnaît l'efficacité de notre politique de maîtrise médicalisée. Les objectifs établis chaque année en la matière par les partenaires conventionnels, dans le cadre des objectifs de dépenses établis par la loi, font en effet l'objet de taux d'atteinte importants.

Ainsi, pour 2008, l'annexe n° 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 fixait comme objectif à l'UNCAM et à ses partenaires d'économiser 635 millions d'euros au moyen des actions de maîtrise médicalisée des dépenses. Selon les évaluations de la CNAMTS, les économies réalisées atteignent 344 millions d'euros pour les médecins libéraux, 101 millions d'euros pour les pharmaciens et 48 millions d'euros pour les efforts de maîtrise des prescriptions de transports par les établissements hospitaliers financées sur le sous-objectif de l'ONDAM relatif aux soins de ville. Le taux d'atteinte des objectifs fixés s'élève ainsi à 76 % (cf. tableau ci-après).

Le programme de qualité et d'efficacité (PQE), annexé au présent projet de loi, juge favorablement les résultats atteints. Seules seraient « *nulles ou modestes* » les économies réalisées en matière de prescription d'arrêts de travail, de recours aux médicaments génériques et de respect de l'ordonnancier « *bizone* » – qui permet aux médecins de distinguer ce qui, dans leurs prescriptions, peut être pris en charge à 100 % au titre d'une affection de longue durée (ALD) de ce qui, pour le même patient, ne relève pas de la dite affection.

Atteinte des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie

	2005	2006	2007	2008
Convention avec les médecins libéraux	721	581	383	334
Antibiotiques	35	46	27	56
Statines	122	135	131	55
IPP	-	13	27	71
Psychotropes	11	20	8	5
Arrêts de travail (IJ)	432	262	0	0
Transport	-	0	24	57
ALD	-88	80	73	44
Prescription dans le répertoire générique	33	25	0	0
AcBUS	0	0	24	15
IEC-sartans	-	-	62	25
Actes	-	-	-	5
Dispositifs médicaux	-	-	-	0
Accord avec les pharmaciens d'officine (pénétration génériques)	33	25	107	101
Total	754	606	490	435
Objectif	-	816	683	635
Taux d'atteinte de l'objectif	-	74 %	69 %	68 %

Source : annexe n° 1 au projet de loi, programme de qualité et d'efficacité (PQE) relatif à la branche maladie

Dans son rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour l'année 2010, la CNAMTS considère que c'est grâce aux actions de maîtrise médicalisée qu'« *en moyenne, au cours des cinq dernières années, la croissance des dépenses d'assurance maladie a été contenue au niveau de la croissance du PIB - croissance qui n'a pas été exceptionnellement élevée au regard des tendances de long terme* », soulignant que cette évolution relativement maîtrisée des dépenses d'assurance maladie ne résulte pas pour autant de transferts massifs de charges sur les autres ménages et les assurances complémentaires.

2. Le projet de loi tend à renforcer certains outils de la maîtrise médicalisée

L'article 30 du présent projet de loi propose d'aménager la procédure de mise sous accord préalable que tout directeur d'organisme local d'assurance maladie peut mettre en œuvre quand un médecin prescrit ou réalise un nombre excessif d'actes, de produits ou de prestations.

a) La procédure actuelle de mise sous accord préalable et sa place dans la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie

L'article 25 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a institué une procédure de mise sous accord préalable, qui permet au directeur d'un organisme local d'assurance maladie de soumettre, pour une période ne pouvant excéder six mois, les prescriptions d'un médecin à l'accord préalable du service médical, s'il constate des pratiques manifestement excessives au regard de la moyenne régionale.

L'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a étendu cette procédure à toute prescription d'un acte, d'un produit ou d'une prestation significativement supérieure à la moyenne.

Sur le fondement de ces dispositions, les caisses d'assurance maladie ont mené, à partir de 2006, des campagnes de détection des cas de « surprescription » d'arrêts de travail donnant lieu au versement d'indemnités journalières, qui les ont conduites à appliquer la procédure de mise sous accord préalable à 44 médecins en 2006, puis 159 en 2007 et 146 en 2008. De plus, à partir de 2008, les caisses ont organisé d'autres campagnes de mise sous accord préalable, ciblées sur les prescriptions de transports sanitaires et d'actes de kinésithérapie, puis, en 2009, sur la part transports en ambulance plutôt qu'en véhicule sanitaire léger (VSL) parmi l'ensemble des transports sanitaires prescrits.

L'assurance maladie tire un bilan positif de ces campagnes : la CNAMTS évalue ainsi à 47,7 millions d'euros les dépenses d'indemnités journalières évitées depuis 2006 et observe qu'après avoir fait l'objet d'une procédure de mise sous accord préalable, les médecins ne reviennent pas à leurs habitudes de « surprescription ».

Selon plusieurs organisations représentatives des médecins libéraux rencontrés par votre rapporteur, l'efficacité de la procédure de mise sous accord préalable tient aussi à son effet dissuasif. Ces organisations observent en effet que lorsqu'un médecin fait l'objet d'une décision de mise sous accord préalable pour un volume excessif de prescriptions d'actes de masso-kinésithérapie, l'ensemble des praticiens exerçant dans le même bassin de vie ont tendance à moins prescrire ces actes.

Ainsi, la procédure de mise sous accord préalable constitue un outil important dans l'orientation des comportements des professionnels de santé, au-delà même du nombre relativement restreint des médecins auxquels cette procédure est appliquée.

La mise en œuvre de cette procédure en a toutefois fait apparaître plusieurs limites, qui en réduisent l'efficacité :

- les caisses sont contraintes à mettre en place un dispositif de liquidation spécifique aux prestations soumises à accord préalable, ce qui constitue pour elles une charge administrative lourde ;

- la mise sous accord préalable peut avoir un effet stigmatisant pour le médecin qui en fait l'objet ;

- le dispositif de ciblage des médecins « surprescripteurs » présente un biais, car il prend en compte les volumes de prescriptions de chaque médecin en valeur absolue, sans que les rapporter au niveau total d'activité du praticien concerné ni à la taille de sa patientèle : ainsi, les médecins exerçant à temps partiel ou présentant un faible volume d'activité échappent à ce ciblage, sans que leurs pratiques soient toujours meilleures que celles de leurs confrères ;

- ce dispositif de ciblage ne tient pas non plus compte des spécificités sociales ou épidémiologiques de la patientèle du médecin, ces spécificités variant considérablement d'un territoire à l'autre.

En effet, dans l'application des règles en vigueur, un praticien est d'autant plus susceptible d'être repéré comme un « surprescripteur » – c'est-à-dire de prescrire significativement plus d'actes, de produits et de prestations que la moyenne régionale – qu'il a une patientèle nombreuse et un fort volume d'activité.

À l'inverse, un praticien est d'autant plus susceptible d'échapper à ce repérage que son volume d'activité est faible : or, un médecin peut prescrire trop d'arrêts de travail par rapport à ses confrères, sans pour autant que son volume de prescriptions d'arrêts de travail soit supérieur à la moyenne régionale s'il exerce à temps partiel.

b) L'aménagement de la procédure de mise sous accord préalable proposée par le projet de loi

L'article 29 du projet de loi propose un double aménagement de la procédure de mise sous accord préalable, d'une part en modifiant les critères de ciblage des médecins « surprescripteurs » et, d'autre part, en instituant une procédure alternative à la mise sous accord préalable.

● *Les critères de ciblage des médecins « surprescripteurs »*

Pour remédier aux biais de sélection des médecins « surprescripteurs » évoqués plus haut, l'article 29 du projet de loi propose deux mesures :

– d'une part, il prévoit la possibilité de comparer le niveau d'activité des médecins non plus à des moyennes régionales, mais à des moyennes élaborées à l'échelle du ressort d'un organisme local d'assurance maladie. Le régime général ayant mené une politique de restructuration de ses caisses primaires autour de 101 caisses au 1^{er} janvier 2010, cette nouvelle échelle correspondra le plus souvent au périmètre d'un département ;

– d'autre part, cet article fixe le principe selon lequel les volumes d'actes et de prescriptions de chaque praticien doivent être considérés non en valeur absolue, mais au regard de son volume d'activité total : il vise à corriger ainsi les biais de sélection mentionnés *supra*.

● *Une procédure alternative à la mise sous accord préalable*

Pour limiter les charges administratives découlant pour les caisses de la mise en place de circuits spécifiques de liquidation pour les actes, produits et prestations dont la prise en charge est mise sous accord préalable, et en vue d'éviter aux patients les retards dans les remboursements qui découlent de la mise en place de cette procédure, l'article 29 du projet de loi crée une procédure alternative à la mise sous accord préalable.

Cette procédure sera plus souple à mettre en œuvre : en effet, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie concerné et le service du contrôle médical pourront proposer conjointement au médecin, qui encourt une telle décision, de souscrire un engagement à atteindre un objectif de réduction de ses volumes de prescription ou de réalisation d'actes en cause.

Il s'agit donc d'une procédure contractuelle, souple mais assortie de certaines garanties d'efficacité :

– si le médecin refuse de souscrire des engagements de correction de ses pratiques de « surprescription », il est prévu que le directeur de l'organisme local d'assurance maladie poursuivra la procédure de mise sous accord préalable ;

– si le médecin n'atteint pas les objectifs d'amélioration de ses pratiques qu'il a souscrits, il encourra une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme

local d'assurance maladie et fixée à un montant inversement proportionnel à l'atteinte de ces objectifs, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 5 718 euros.

Assortie de ces sanctions, la procédure alternative à la mise sous accord préalable est crédible, et devrait donc permettre de corriger efficacement les pratiques des médecins « surprescripteurs » sans induire les mêmes charges administratives pour la caisse, les mêmes risques de stigmatisation pour les médecins, ni les mêmes délais de remboursement pour les patients que la procédure classique de mise sous accord préalable.

B. OUVRIR LA VOIE À DES RÉFORMES STRUCTURANTES DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Le projet de loi propose des mesures qui ouvrent la voie ou accompagnent certaines réformes structurantes de notre système de santé, comme la création des agences régionales de santé (ARS) ou la mise en place d'un dispositif de suivi post-affectation de longue durée (ALD) attractif. De telles mesures sont utiles dans le contexte actuel de crise économique, mais elles ne sauraient être suffisantes pour réformer notre système de santé. Notamment, le secteur optionnel mérite d'être mis en place rapidement et une réflexion approfondie sur le principe d'un « bouclier sanitaire » mériterait d'être engagée.

1. Le projet de loi comporte des mesures visant à accompagner ou à ouvrir la voie à des réformes structurantes

a) La mise en place des agences régionales de santé (ARS)

L'article 118 de la loi dite « HPST » a institué des agences régionales de santé (ARS), chargées, dans chaque région :

- de mettre en œuvre la politique de santé publique ;
- de réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de services de santé et de services médico-sociaux.

Les ARS seront ainsi chargées de piloter les actions de santé publique et de prévention, d'organiser les soins hospitaliers, de réguler l'offre de soins de ville, de piloter une partie du secteur médico-social et d'exercer certaines missions de veille et de sécurité sanitaires.

Dans ces missions, les ARS seront substituées aux caisses primaires et régionales d'assurance maladie, aux unions régionales des caisses d'assurance maladie, aux directions régionales du service médical du régime général et, le cas échéant, d'autres régimes d'assurance maladie, aux agences régionales de l'hospitalisation, aux groupements régionaux de santé publique et aux missions

régionales de santé. Cette recomposition vise à unifier le pilotage territorial de nos politiques de santé, pour le rendre plus efficient.

Elles se verront transférer les agents de ces organismes qui exercent leurs fonctions dans les domaines de compétences des agences, ainsi que les budgets de fonctionnement afférents à ces missions.

En outre, leurs mise en place induit des dépenses d'installations d'autant plus importantes qu'elles sont appelées à se substituer aux organismes précités, et non à s'y ajouter. C'est pourquoi l'article 34 du projet de loi prévoit que les régimes obligatoires d'assurance maladie verseront, en 2010, deux dotations aux ARS, dont une visant à financer une partie de leurs dépenses d'installation.

En principe, les contributions des régimes d'assurance maladie aux ARS devraient être fixées par la loi de financement de la sécurité sociale, comme le prévoit l'article L. 1432-6 du code de la santé publique tel qu'il ressort de l'article 118 précité de la loi dite « HPST ». Toutefois, le montant des crédits de fonctionnement, dont auront besoin les ARS pour l'année 2010 dépend de la date à laquelle elles reprendront les personnels et les missions des divers organismes auxquels elles se substituent. Or, cette date n'est pas encore connue avec certitude, l'article 131 de la loi précitée laissant au gouvernement jusqu'au 31 juillet 2010 pour y procéder.

Aussi, le texte propose que la contribution de l'assurance maladie au financement des ARS pour 2010 comprenne, outre la dotation précitée visant à couvrir une partie de leurs frais d'installation, une dotation compensant les dépenses afférentes aux emplois et aux missions qui leur sont transférés, dont le montant sera fixé par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

b) La création d'un régime spécifique d'exonération du ticket modérateur post-affection de longue durée (ALD)

● *Le régime actuel des affections de longue durée (ALD)*

Le régime des affections de longue durée (ALD) constitue une exception au principe, fixé par l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, suivant lequel un « ticket modérateur », c'est-à-dire une fraction du tarif servant de base au calcul des remboursements d'assurance maladie, est laissé à la charge de l'assuré.

Cette exonération bénéficie à deux catégories d'assurés :

– ceux qui sont reconnus atteint d'une des 30 affections (dites « ALD 30 ») dont la liste est fixée par l'article D. 322-1 du même code et qui se caractérisent par la nécessité d'un traitement prolongé et d'une thérapeutique particulièrement coûteuse ;

– ceux qui sont atteints soit d’une forme évolutive ou invalidante d’une affection grave nécessitant des soins continus d’une durée prévisible supérieure à six mois (communément désignée comme la « 31^{ème} maladie »), soit d’une polyopathie invalidante (souvent appelée « 32^{ème} maladie »).

L’exonération prévue pour ces personnes vise à neutraliser le « reste à charge » qui serait particulièrement élevé pour eux, dans la mesure où ils ont besoin de soins plus fréquents et plus coûteux que la moyenne des assurés.

Pour être admis au bénéfice du régime des ALD, l’assuré doit signer un « protocole de soins » établi conjointement par son médecin traitant et par le médecin conseil de la caisse concernée, en application de l’article L. 324-1 du code de la sécurité sociale. Dans le cadre de recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), ce protocole est établi pour une durée déterminée, périodiquement révisable et doit préciser les actes et prestations pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé.

• *La forte croissance des dépenses liées aux ALD*

Fin 2008, on estime l’effectif total de bénéficiaires du régime des ALD à 8,3 millions pour le régime général, et à 9,7 millions pour l’ensemble des régimes, soit 15 % des assurés. Selon les précisions fournies à votre rapporteur, le flux d’entrées dans le régime des ALD a connu une croissance soutenue, de 5,9 % par an en moyenne entre 2006 et 2008. En outre, les progrès thérapeutiques ont accru l’espérance de vie des personnes malades, ce qui a pour effet d’allonger la durée moyenne du bénéfice du régime des ALD.

Ainsi, les dépenses liées aux patients en ALD progressent à un rythme de 5,9 % par an en moyenne entre 2006 et 2008. Comme l’indique la CNAMTS dans son rapport de juillet 2009 sur les charges et les produits de l’assurance maladie pour 2010, on observe une intensification des soins destinés aux malades chroniques : ainsi, par exemple, les volumes de médicaments s’accroissent de 13 % par an, pour les patients atteints d’un cancer.

En conséquence, comme votre rapporteur l’a noté dans un récent rapport d’information sur les ALD ⁽¹⁾, ces affections absorbent une part de plus en plus prépondérante des dépenses d’assurance maladie : les dépenses d’ALD concentrent en effet 65 % des remboursements, et leur progression explique la quasi-totalité de la croissance des dépenses d’assurance maladie.

• *Vers une redéfinition des critères d’admission et de maintien au bénéfice du régime des ALD*

Compte tenu de la place de plus en plus importante des dépenses d’ALD dans nos dépenses d’assurance maladie, il convient de veiller à ce que le régime

(1) Rapport d’information n° 1271 fait en conclusion des travaux de la mission d’évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les affections de longue durée par M. Jean-Pierre Door.

des ALD soit appliqué de façon pertinente. Dans cette optique, les pouvoirs publics ont engagé des réflexions sur le bien-fondé des critères d'admission et de maintien dans ce régime.

Ainsi, la HAS a publié deux séries de recommandations sur les ALD en décembre 2007 et en juin 2009. Ces recommandations procèdent à une actualisation des critères scientifiques d'admission et de maintien au bénéfice du régime des ALD, et proposent une harmonisation des durées d'exonération à deux ans pour certaines affections et à cinq ans pour d'autres. Ces nouveaux critères visent à ce que les patients guéris sortent du régime des ALD, afin que l'effort de la collectivité en faveur des malades nécessitant les thérapeutiques les plus coûteuses soit utilisé à bon escient. Ainsi, la HAS recommande de ne pas accepter le maintien des assurés en ALD s'ils n'ont plus besoin ni de thérapeutiques lourdes, ni d'une prise en charge diagnostique et thérapeutique des séquelles liées à la maladie ou aux traitements.

D'après les estimations produites par le gouvernement, l'application de ces critères conduirait 218 000 des 1,8 million d'assurés bénéficiant du régime des ALD au titre d'un cancer (ALD n° 30) à sortir de ce régime, au motif que leur affection est soit stabilisée, soit complètement guérie.

• *La sortie du régime des ALD doit être organisée de façon à ce que les patients guéris puissent bénéficier des soins et examens de suivi de leur maladie*

L'article 29 du projet de loi tend instituer un régime spécial d'exonération du ticket modérateur doublement ciblé sur :

– les seuls assurés qui ne sont plus admis à bénéficier du régime d'exonération lié à une des 30 ALD énumérées à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale ;

– les seuls actes médicaux et examens biologiques nécessaires au suivi de l'affection au titre de laquelle ces assurés ont bénéficié du régime des ALD.

Comme le précise l'exposé des motifs, ces actes et examens seront déterminés par des référentiels de la HAS, qui aurait commencé sur ce point des travaux conjoints avec l'Institut national du cancer (INCA).

Votre rapporteur se félicite de la mesure proposée par l'article 29 du projet de loi, qui va dans le sens d'un meilleur ciblage du régime des ALD sur les affections aiguës, longues et coûteuses, ainsi que d'un meilleur suivi des patients.

Toutefois, les acteurs rencontrés par votre rapporteur ont soulevé plusieurs difficultés que poserait l'application de cette mesure :

– d'abord, si le dispositif de l'article vise l'ensemble des 30 ALD de la liste établie à l'article D. 322-1 précité, l'exposé des motifs du projet de loi ne fait allusion qu'aux cancers. Pourtant, un système facilitant la sortie du régime des

ALD et améliorant le suivi des affections stabilisées serait tout aussi utile pour d'autres pathologies, notamment les maladies cardiovasculaires. En outre, on peut s'interroger sur les raisons qui ont conduit le gouvernement à ne pas rendre possible la prise en charge à 100 % des soins de suivi des ALD « hors liste » ;

– ensuite, si la sortie du régime des ALD est censée éviter aux assurés l'effet discriminant lié à ce régime, qui complique notamment leur accès au crédit bancaire, on peut craindre que l'institution d'un autre régime d'exonération post-ALD n'aille pas dans le sens d'une moindre « stigmatisation » de ces assurés ;

– par ailleurs, en l'état des systèmes d'information des caisses d'assurance maladie, le nouveau dispositif d'exonération ne pourra être appliqué que si les médecins prescripteurs continuent à utiliser un ordonnancier bizona pour distinguer les soins de suivi pris en charge à 100 % des autres soins, ce qui alourdit les charges administratives pesant sur eux.

Les conditions d'application de la mesure proposée, qui doivent être définies par décret en Conseil d'État, devraient tenir compte ces préoccupations.

2. Pour aller plus loin dans la réforme du financement solidaire de notre système de santé, d'autres réformes structurantes sont à envisager pour maîtriser le « reste à charge » des assurés

a) Instituer un « secteur optionnel »

- *Les dépassements d'honoraires auxquels sont confrontés les assurés*

Les textes régissant l'exercice de l'art médical permettent à certains praticiens de pratiquer des honoraires différents des tarifs dits « opposables », c'est-à-dire ceux qui servent de base aux remboursements de l'assurance maladie.

D'ailleurs, même les médecins qui exercent dans le cadre de tarifs opposables, c'est-à-dire dans le « secteur 1 », peuvent facturer certains dépassements des tarifs opposables :

– le « DE », dépassement que tout praticien peut facturer en cas d'exigence particulière du patient concernant le temps ou le lieu de consultation ;

– le « DA », dépassement que les spécialistes de secteur 1 sont autorisés à facturer en cas de consultation directe, en dehors du parcours de soins coordonné, dans la limite de 17,5 % de la valeur de l'acte et de 30 % de leur volume d'actes ;

– le dépassement de 15 % sur les actes techniques que les spécialistes exerçant habituellement à honoraires libres ont le droit de pratiquer dans le cadre de l'option conventionnelle dite « de coordination », en application de laquelle ils doivent respecter le tarif opposable sur leurs actes cliniques pour les patients qui respectent le parcours de soins coordonné.

Selon le rapport annuel 2009 du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), ces dépassements « *n'atteignent pas en masse globale des montants importants* ».

En revanche, les médecins de secteur 2 et ceux de secteur 1 auxquels est reconnu un droit permanent à dépassement (DP) sont libres de fixer le tarif de leurs actes, dans le respect du principe déontologique du tact et de la mesure, dont les dispositions d'un décret n° 2008-1527 du 30 décembre 2008 codifiées à l'article R. 147-6 du code de la sécurité sociale ont précisé la portée. Le droit à dépassement permanent était accordé, avant 1980, aux praticiens inscrits sur une liste de notoriété ; depuis 1980, les praticiens justifiant de certains titres universitaires et de certaines fonctions hospitalières peuvent opter pour le secteur 2 lors de leur installation.

Le rapport précité du Haut conseil évalue le montant total de ces dépassements à 1,7 milliard d'euros en 2006.

• *Les difficultés d'accès aux soins engendrées par les dépassements d'honoraires*

Le rapport 2009 du Haut conseil montre que l'installation en secteur 2 devient de plus en plus fréquente pour les médecins qui peuvent y prétendre, atteignant par exemple 86 % pour les chirurgiens.

De plus, comme le note ce rapport, « *certaines régions qui apparaissent nettement défavorisées en termes d'offres médicale à tarifs opposables* » comme l'Ile-de-France, l'Alsace, Rhône Alpes ou la région Provence-Alpes-Côte d'Azur : « *dans certaines spécialités, comme la chirurgie, la liberté tarifaire est même la quasi-règle en certains endroits : neuf chirurgiens d'activité libérale sur dix sont en secteur 2 dans le Gard, la Gironde, l'Isère et le Rhône* ».

Les dépassements d'honoraires auxquels sont confrontés les patients alourdissent leur reste à charge, d'autant que selon les dernières études de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé et des sports, ces dépassements ne sont pas pris en charge par les deux tiers des contrats d'assurance maladie complémentaire ⁽¹⁾.

• *L'orientation et les délais fixés par le législateur*

L'article 53 de la loi dite « HPST », inséré à l'initiative conjointe de MM. Yves Bur, Jean-Luc Prével et du rapporteur, laissait aux partenaires conventionnels jusqu'au 15 octobre 2009 pour instituer, par un avenant à la convention nationale organisant les rapports des médecins avec les organismes d'assurance maladie, un « secteur optionnel » dans le cadre duquel les praticiens

(1) Cf. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « *Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006* », Études et résultats n° 663, octobre 2008 ».

seraient autorisés à « *pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité* ».

Cet article précise certaines conditions d'accès des médecins à un tel secteur optionnel :

– il serait réservé à « *certaines spécialités* » ;

– les médecins n'y accèderaient que « *sous des conditions tenant notamment à leur formation, à leur expérience professionnelle, à la qualité de leur pratique et à l'information des patients sur leurs honoraires* ».

À défaut de conclusion d'un tel avenant, cet article donne compétence aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour instituer ce secteur optionnel, en modifiant par arrêté la convention médicale du 12 janvier 2005. Il est précisé que cet arrêté modifiera aussi les tarifs et rémunérations applicables aux médecins spécialistes autorisés à pratiquer des dépassements, afin que lorsque aucun dépassement n'est facturé, ils soient égaux aux tarifs applicables aux médecins qui ne sont pas autorisés à pratiquer de dépassements d'honoraires.

● *Des avancées récentes*

Les partenaires conventionnels – c'est-à-dire l'UNCAM, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) et les syndicats représentatifs des médecins –, n'ont pas signé d'accord conventionnel avant la date fixée par la loi. Toutefois, il n'en demeure pas moins que leurs discussions ont permis de progresser vers la création d'un secteur optionnel.

Ainsi, le 15 octobre 2009, ils ont signé un protocole d'accord tripartite fixant le cadre de leurs travaux en vue de « *mettre en place un nouveau secteur conventionnel, qui améliore l'accès de nos concitoyens à des soins de qualité et la lisibilité des tarifs* ».

Ce protocole définit le champ de ce secteur, qui serait ouvert, au moins dans un premier temps, aux médecins libéraux conventionnés relevant de spécialités de chirurgie, anesthésie-réanimation et gynécologie obstétrique, qui exercent actuellement soit en secteur 2 – c'est-à-dire à honoraires libres –, soit en secteur 1 DP. « *A titre exceptionnel* », le secteur optionnel pourrait aussi être ouvert aux médecins exerçant en secteur 1, mais titulaires des titres qui leur auraient permis d'opter pour le secteur 2.

Les parties signataires sont également convenues que les médecins qui s'installent pour la première fois en exercice libéral et qui sont titulaires de certains titres pourraient adhérer au secteur optionnel.

Pour être éligibles au secteur optionnel, les médecins devraient également réaliser un volume annuel d'actes suffisant, « *permettant d'assurer un niveau raisonnable de sécurité des soins* ».

Le médecin adhérent s'engagerait alors à :

– réaliser 30 % ou plus de ses actes au tarif opposable, y compris les soins délivrés en situation d'urgence médicale et ceux dispensés aux assurés en situation de précarité ;

– ne pas facturer, pour les autres actes, de dépassements d'honoraires supérieurs à 50 % des tarifs opposables, suppléments conventionnels compris ;

– s'engager dans une démarche d'accréditation.

En contrepartie, les régimes obligatoires d'assurance maladie s'engageraient à :

– prendre en charge une partie des cotisations sociales dues par le praticien au titre de ses actes effectués aux tarifs opposables ;

– fixer, pour les actes des médecins du secteur optionnel, des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur 1 (aujourd'hui en effet, ces tarifs peuvent être supérieurs aux bases de remboursement applicables dans le cadre du secteur 2, notamment en chirurgie).

Pour sa part, l'UNOCAM et ses membres ont pris l'engagement d'« inciter les organismes d'assurance maladie complémentaire à prendre en charge ce nouveau secteur » et, « sans préjudice de leur liberté contractuelle, de s'assurer dans leurs offres de la prise en charge préférentielle des compléments d'honoraires maîtrisés demandés par les professionnels dans ce cadre ».

Le protocole d'accord est conclu pour trois ans et précise que la pérennisation et une extension du secteur optionnel ne pourront être envisagées que si le bilan de ces trois années établit le succès du dispositif. Indiquant que « l'objectif est que l'attractivité du secteur optionnel permette d'entraîner à terme l'adhésion d'une grande majorité de praticiens du secteur 2 », ce protocole fixe des objectifs ambitieux de montée en charge du nouveau secteur : l'offre en secteur 1 et en secteur optionnel « pourrait atteindre dans les trois ans :

– 80 % pour l'anesthésie

– 55 % pour la chirurgie ».

Pour votre rapporteur, ce protocole d'accord va dans le bon sens. Il est, en effet, urgent de garantir aux patients une offre de soins comportant pour eux un reste à charge limité.

Votre rapporteur observe toutefois que l'UNOCAM, constituée en association, n'a pas la capacité juridique requise pour engager l'ensemble des organismes complémentaires. Or, pour que le secteur optionnel contribue effectivement à réduire les difficultés financières d'accès aux soins rencontrées

par nos concitoyens, il faut que les organismes complémentaires remboursent les dépassements autorisés dans le cadre du secteur optionnel.

Pour orienter les garanties offertes par les contrats de ces organismes, l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale instaure un mécanisme dit des « contrats responsables » par lequel les organismes dont les contrats d'assurance maladie complémentaire ne suivent pas certaines règles – comme la non-prise en charge des franchises – sont exclus du bénéfice de certains avantages fiscaux.

Pour que le secteur optionnel constitue un instrument efficace d'amélioration de l'accès aux soins, il serait utile d'en inscrire le principe dans les règles définissant les « contrats responsables ».

b) L'institution d'un « bouclier sanitaire »

● *Malgré un haut niveau de prise en charge solidaire des dépenses de santé, les « restes à charge » ont tendance à s'accroître*

En dépit de difficultés de financement récurrentes, aggravées par le fort mouvement de repli de la masse salariale à partir de 2008, le taux de prise en charge de la dépense de santé totale par la solidarité nationale reste élevé. En effet, selon le rapport de la CNAMTS sur les charges et les produits de l'assurance maladie pour 2010, ce taux s'élève en 2007 à 66,5 % des dépenses de soins ambulatoires et de produits de santé, et à 92,4 % des dépenses de soins hospitaliers. En outre, l'impact des franchises sur le taux de prise en charge des dépenses de soins de ville n'excéderait pas une baisse de 0,5 %.

Pourtant, on observe que les dépenses restant à la charge des assurés (ou : « restes à charge ») ont tendance à croître et créent de véritables difficultés d'accès aux soins pour certains de nos concitoyens. Le rapport précité de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les ALD évalue le montant total des restes à charge à 12 milliards d'euros par an pour les soins de ville et à 2,5 milliards d'euros pour les soins hospitaliers, ce qui représente, pour chaque assuré, 200 euros par an pour les soins de ville et 45 euros pour les soins hospitaliers.

Ces restes à charge sont constitués des tickets modérateurs payés par les 8,5 % des assurés sociaux qui n'ont pas de couverture complémentaire, ainsi que de plusieurs mécanismes de « copaiement » institués pour responsabiliser les patients en vue de maîtriser l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

En effet, les organismes complémentaires d'assurance maladie ne peuvent pas prendre en charge ces participations forfaitaires, sauf à déroger aux règles des « contrats responsables » et, de ce fait, perdre le bénéfice de certaines incitations fiscales. Ces règles, que rappelle l'encadré ci-dessous, ont été établies par l'article 57 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, dont les dispositions sont codifiées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Les contrats responsables d'assurance maladie complémentaire

L'article 57 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé les contrats responsables d'assurance maladie complémentaire. Un décret du 29 septembre 2005 en a défini les critères dans un cahier des charges.

Celui-ci comporte à la fois des interdictions et des obligations de prise en charge que les contrats complémentaires doivent respecter pour bénéficier des incitations fiscales et sociales qui s'y attachent.

1. Interdictions de prendre en charge :

- la participation forfaitaire de 1 € par acte médical et de biologie, introduite en 2005 ;
- les pénalisations pour non-respect du parcours de soins coordonné, appliquées à partir de 2006 ;
- les franchises sur les boîtes de médicaments, les transports sanitaires hors urgence et les actes d'auxiliaires médicaux, appliquées depuis 2008.

2. Obligations de prendre en charge :

- les consultations chez le médecin traitant : 30 % du tarif opposable (AMO + AMC = 100 % du tarif opposable) ;
- les médicaments remboursés à 65 % par l'assurance maladie obligatoire : 30 % au moins du tarif de responsabilité si prescrit par le médecin traitant (minimum AMO + AMC = 95 % du tarif opposable) ;
- les analyses médicales : 35 % du tarif de responsabilité si prescrites par le médecin traitant (minimum AMO + AMC = 95 % du tarif opposable) ;
- les prestations de prévention : au moins deux prestations à hauteur de 100 % du ticket modérateur parmi les prestations définies dans l'arrêté du 8 juin 2006.

Source : rapport d'information n° 1271 fait en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les affections de longue durée par M. Jean-Pierre Door.

Il est à noter que les restes à charge sont plus élevés pour les patients en ALD que pour les autres, en dépit de l'exonération du ticket modérateur dont ils bénéficient pour les soins en lien avec leur ALD.

Ainsi, selon un rapport sur le bouclier sanitaire fait en septembre 2007 par MM. Raoul Briet et Bertrand Fragonard, le taux de personnes ayant un reste à charge annuel supérieur à 500 euros pour les soins de ville s'élève à 15,9 % parmi les assurés en ALD, contre 8,8 % pour les autres assurés. Ce montant atteint près de 1 500 euros en moyenne pour les 5 % des assurés en ALD qui ont les restes à charge les plus élevés, soit environ 500 000 personnes, et dépasse 2 700 euros par an pour le dernier centile des personnes en ALD, soit près de 100 000 personnes.

Ce rapport montre aussi que de surcroît, 1,5 million de personnes, en ALD ou non, ont des restes à charge hospitaliers supérieurs à 500 euros.

Or, ces restes à charge touchent les patients à raison du volume des soins dont ils ont besoin, mais pas en fonction de leurs revenus. Certes, sous certaines

conditions de ressources (7 272 euros par an pour une personne seule depuis juillet 2007), les assurés sont éligibles à la protection complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU-C) qui leur ouvre droit à une exonération du ticket modérateur et des franchises – le rapport 2007 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (dit « fonds CMU »)⁽¹⁾ évalue le nombre d'assurés concernés à 4,9 millions, soit 7,6 % de la population nationale.

Toutefois, comme le montrent MM. Raoul Briet et Bertrand Fragonard dans leur rapport précité, ceux des ménages, dont les revenus se situent légèrement au-dessus de ce plafond de ressources, ne bénéficient d'aucune atténuation de leurs tickets modérateurs ou participations forfaitaires, si ce n'est de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé « dont la mise en œuvre effective est au demeurant très lente ». Ils observent en conséquence que « le reste à charge soins de ville ne varie guère avec le revenu et que le reste à charge hospitalier diminue avec le revenu ».

C'est pourquoi la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, lors de ses travaux précités sur les ALD, a jugé favorablement l'idée de créer un bouclier sanitaire, c'est-à-dire à plafonner les restes à charge et à établir ce plafond en fonction du revenu des assurés. Certains mécanismes de bouclier sanitaire mis en place à l'étranger, notamment en Allemagne, paraissent d'ailleurs donner satisfaction (cf. encadré ci-après).

Pour la mission, « cette solution permettrait à la fois de rendre la prise en charge financière plus équitable qu'actuellement et de simplifier et rendre plus lisible le système complexe de la trentaine d'exonérations du ticket modérateur existantes ». Par ailleurs, une telle solution ne constituerait en rien une rupture du « pacte de 1945 » ; au contraire, le principe d'une participation de chacun en fonction de ses moyens est au cœur des préoccupations des fondateurs de notre système de santé solidaire.

Le système du plafonnement du reste à charge en Allemagne

1. Le système de franchises avec plafonnement du reste à charge a été instauré en 2004

Avant 2004, les patients pouvaient n'avoir à avancer aucun frais de soins de ville grâce à un système généralisé de tiers payant et à une prise en charge totale des frais courants. Un système de ticket modérateur existait toutefois déjà pour les soins hospitaliers.

Face à une augmentation importante des dépenses de santé (avec un déficit de 3,5 milliards d'euros en 2003), l'Allemagne a adopté en 2004, un plan de réforme de la sécurité sociale dans le cadre duquel ont été instaurées des franchises sur les remboursements du régime légal d'assurance maladie. Afin d'en limiter l'impact sur les populations les moins favorisées, ce système a été assorti d'un dispositif de plafonnement de la participation des assurés.

2. Les franchises prévues

Le reste à charge correspond pour l'essentiel à des franchises, applicables seulement aux adultes :

(1) *Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, rapport d'activité pour 2007, mai 2008.*

- 10 euros par trimestre pour la médecine de ville et les soins dentaires de base, sauf pour les consultations de prévention ;
- 10 euros par jour dans la limite de 28 jours pour les soins hospitaliers ;
- 10 % du prix des médicaments, des prothèses et des frais de transport, dans une limite comprise entre 5 et 10 euros ;
- 10 % du prix des soins à domicile, auxquels s'ajoutent 10 euros par prescription ;
- 50 % des prothèses dentaires selon le tarif unifié, ou 30 % ou 20 % en cas de suivi régulier des consultations de prévention ;
- 25 % des frais d'optique dans la limite de 37,50 euros.

3. Le plafond du reste à charge est fixé à 2 % des revenus bruts et à 1 % pour les malades chroniques

Les revenus de l'activité et du capital ainsi que les allocations de remplacement sont pris en compte après l'application d'abattements de 4 470 euros sur le revenu du conjoint, de 2 980 euros pour chaque autre membre du ménage percevant des revenus et de 3 648 euros par enfant à charge.

Ainsi, pour un assuré vivant seul et sans enfant avec un revenu de 25 000 euros, le plafond s'élève à 500 euros. Pour un couple marié, ayant deux enfants, dont le revenu de l'assuré est de 35 000 euros et celui du conjoint de 15 000 euros, le plafond s'élève à 765 euros.

Si l'assuré est atteint d'une maladie chronique reconnue par sa caisse d'assurance maladie, le plafond de reste à charge est abaissé à 1 % des revenus pour l'ensemble de son ménage. En outre, les malades chroniques peuvent participer à des « programmes bonus » permettant un meilleur suivi et bénéficier, à ce titre, d'une exonération du ticket modérateur pour les consultations de médecine de ville.

4. La mise en œuvre du plafonnement s'effectue à la demande du patient

Il revient, en effet, au patient d'exercer son droit au plafonnement du reste à charge. Pour cela, il doit conserver l'ensemble des reçus des tickets modérateurs, franchises et compléments (pour les soins dentaires) qu'il a versés. Une fois que le montant total de ces frais déboursés correspond au plafond, il doit en informer sa caisse d'assurance maladie en lui fournissant les preuves. Après vérification, celle-ci établit un certificat d'exonération que le patient doit présenter aux professionnels (médecins, pharmaciens, administration hospitalière...) afin de ne pas se voir facturer de franchise ou ticket modérateur supplémentaire.

Les patients peuvent également verser le montant du plafond annuel à leur caisse pour obtenir sans délai le certificat d'exonération.

5. L'offre privée d'assurance maladie complémentaire reste modeste et essentiellement centrée sur l'optique et les soins dentaires

Les réformes de la sécurité sociale allemande de 2004 et de 2007 ont prévu des dispositions visant à favoriser le développement d'une offre d'assurance complémentaire par les caisses d'assurance maladie du régime obligatoire. Ces assurances optionnelles permettent une prise en charge jusqu'à 75 % du tarif unifié pour les prothèses dentaires et 80 % pour l'optique. En aucun cas elles ne sont censées couvrir les franchises.

Parallèlement, l'assurance maladie complémentaire auprès des opérateurs privés, mutuels ou compagnies à structure capitalistique, assureurs par ailleurs des personnes bénéficiant de la liberté d'affiliation, est très peu développée. Selon la fédération professionnelle qui les regroupe, seulement 1 million d'Allemands a souscrit ce type de contrats, pour 40 millions d'assurés sociaux.

Selon les acteurs de l'assurance maladie, publics comme privés, ce phénomène est essentiellement dû à la faiblesse du reste à charge, hors optique et prothèse dentaire, et plus encore à la perception qu'en a la population. La situation antérieure à 2005 et la lenteur de l'adaptation aux nouvelles données de la prise en charge expliquent aussi cette situation.

Source : rapport d'information n° 1271 fait en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les affections de longue durée par M. Jean-Pierre Door.

Votre rapporteur considère qu'une réflexion approfondie sur la création d'un bouclier sanitaire en France est plus que jamais nécessaire.

III.- L'HÔPITAL ET LES CLINIQUES PRIVÉES

Les établissements de santé occupent en France une place primordiale dans la réponse aux besoins de santé de la population.

Un personne sur six est en effet hospitalisée chaque année, soit en « hospitalisation complète » (séjour avec hébergement dans l'un des 220 000 lits de « médecine-chirurgie-obstétrique » (MCO), soit en « hospitalisation partielle » (chirurgie ambulatoire ou hôpital dit « de jour », dans l'une des 20 000 places de MCO). À ces chiffres, il convient d'ajouter les soins d'urgence (environ 16 millions de passages par an), les séances et les cures (dialyse, radiologie et chimiothérapies) ainsi que les 33 millions d'actes externes. Il convient également d'y ajouter toutes les hospitalisations qui ne concernent pas les soins aigus, qu'il s'agisse des soins de suite, de la psychiatrie ou des soins de longue durée.

L'hôpital est d'autre part un employeur très important puisqu'il regroupe près de 1,2 million de personnes (environ 1 million d'équivalent temps plein), les charges de personnel représentant près de 70 % des dépenses des établissements.

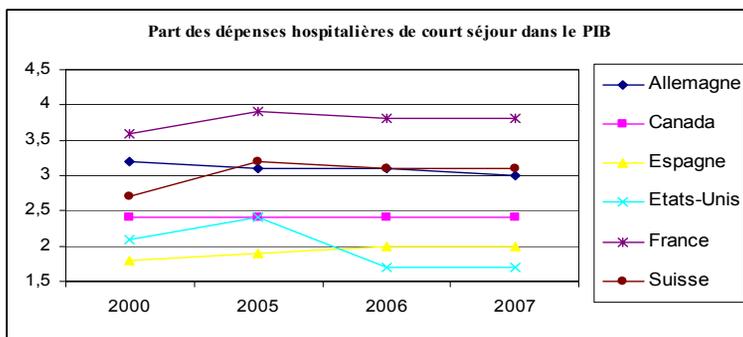
Le haut niveau des dépenses hospitalières justifie pleinement que l'on optimise le recours aux hospitalisations.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, s'appuyant sur la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi dite « HPST ») qui a doté le secteur hospitalier des réformes structurelles dont il avait besoin, poursuit les réformes entreprises 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).

En renforçant la maîtrise médicalisée et les efforts d'efficience à l'hôpital, il vise à mieux réguler les dépenses de l'hôpital, à optimiser l'organisation générale du système et à accompagner les établissements dans leurs efforts de modernisation.

A. LES DÉPENSES HOSPITALIÈRES

Le poids de la dépense hospitalière dans le produit intérieur brut (PIB) est en France parmi les plus élevés de l'OCDE, même si sa part dans les dépenses de santé a constamment baissé depuis vingt ans. On constate ainsi que la France connaît historiquement une part élevée des dépenses publiques hospitalières de court séjour dans le PIB.



Source : Eco-Santé

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 compte dans les statistiques de l'OCDE.

D'après les statistiques des comptes de la santé, la consommation de soins hospitaliers a été de 72,7 milliards de francs en 2007, soit 3,84 % du PIB.

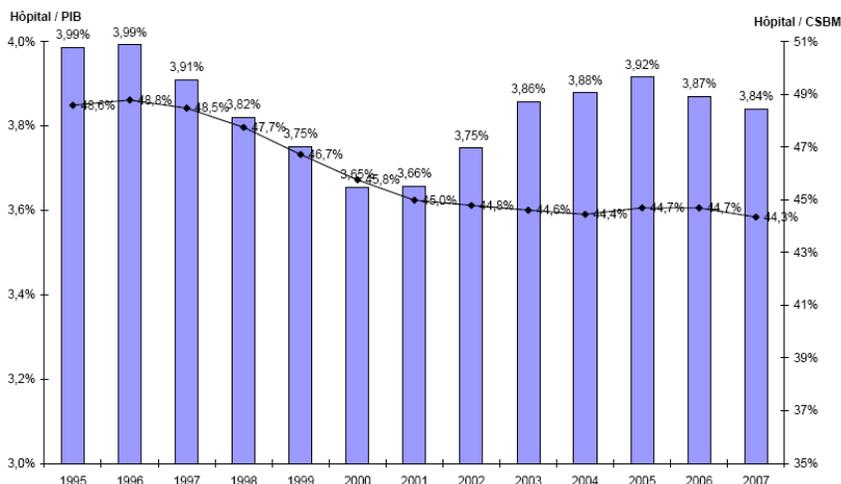
Elle représente 44 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM⁽¹⁾).

La consommation de soins hospitaliers a progressé de 3,6 % en moyenne sur la période 1995-2007, soit un peu moins que la progression du PIB en valeur (3,9 %), que celle de la CSBM (4,4 %) et des autres postes qui la composent (4,4 % pour les soins ambulatoires, 5,1 % pour la pharmacie et 8,2 % pour les autres biens médicaux).

La part de l'hospitalisation dans la CSBM diminue nettement de 1995 à 2001, passant de 48,6 % à 45 %, la diminution devenant ensuite plus modérée (44,3 % en 2007).

(1) La CSBM (163,8 milliards d'euros en 2007) comprend : les soins hospitaliers, les soins ambulatoires, les transports de malades et les biens médicaux.

**Poids de la dépense hospitalière dans le PIB (échelle de gauche)
et dans la CSBM (échelle de droite) entre 1995 et 2007**



Sources : DREES, Comptes nationaux de la santé 2007, Insee pour le PIB, calculs : secrétariat général du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

1. Les dépenses hospitalières 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 deux sous-objectifs régulés, d'une part, l'Objectif de dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique – MCO, c'est-à-dire les dépenses 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 ». Il comprend :

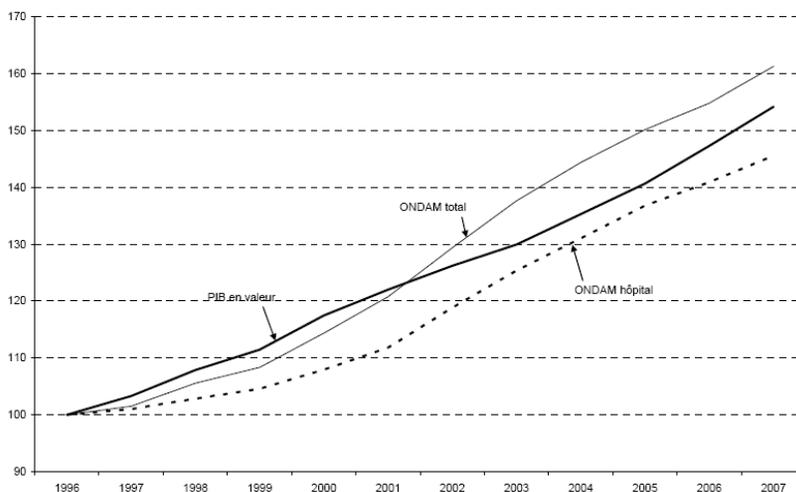
- l'objectif des dépenses d'assurance maladie pour les activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation, les activités des hôpitaux et des unités de soins de longue durée ;
- l'objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation exercées par les établissements de santé privés ;
- les dépenses publiques et privées affectées aux autres modes de prise en charge ;

– 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 grands sous-objectifs et retrace ainsi les dépenses d’assurance maladie correspondant aux versements aux hôpitaux et aux cliniques privées.

Sur le long terme, on constate que l’ONDAM hospitalier a crû à un rythme inférieur à celui de l’ONDAM maladie sur la période 1996-2007. L’ONDAM maladie a en effet progressé de 61,4 % (4,4 % en moyenne par an) contre 45,7 % (3,5 % en moyenne par an) pour l’ONDAM hospitalier.

Évolution du PIB en valeur, de l’ONDAM hospitalier et de l’ONDAM total réalisés entre 1996 et 2007 (1996 = 100)



Sources : Commission des comptes de la sécurité sociale pour l’ONDAM, Insee pour le PIB,
Calculs : secrétariat général du Haut conseil pour l’avenir de l’assurance maladie

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 avait fixé l’ONDAM hospitalier à 67,7 milliards d’euros, soit 44,3 % de l’ONDAM.

Elle avait fixé le taux de progression de l’ONDAM hospitalier à + 3,1 %, compte tenu des prévisions de dépenses des hôpitaux et cliniques privées et d’économies prévisionnelles à réaliser par les établissements de santé pour un montant de 404 millions d’euros.

Économies attendues – ONDAM hospitalier 2008

en M€

Objectifs	Montants attendus
ODMCO (Objectif de dépenses d'assurance maladie commun aux activités MCO)	292
– dont hôpitaux	166
– dont molécules onéreuses	109
– dont cliniques	17
MIGAC (Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation)	36
ODAM (Objectif des dépenses d'assurance maladie)	67
OQN (Objectif quantifié national)	9
Total	404

Sources : DSS et DHOS

Dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 2009, la Cour des comptes prévoyait que l'ONDAM hospitalier pour 2008 ferait l'objet d'un dépassement à hauteur de 130 millions d'euros, malgré un gel pratiqué sur une partie des dépenses du FMESPP à hauteur de 100 millions d'euros.

Le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2009 revoit ces prévisions légèrement à la hausse en indiquant que « *les dernières données disponibles laissent prévoir une sous-estimation des provisions à hauteur de 20 millions d'euros, qui porte le taux d'évolution des dépenses hospitalières à 3,9 % et le dépassement correspondant à environ 150 millions d'euros* ».

Ce même rapport précise également que « *cet écart à l'objectif est concentré sur les établissements de santé tarifés à l'activité et s'explique par un plus grand dynamisme des dépenses. Il concerne aussi bien le secteur public que le secteur privé mais porte davantage sur le second en termes relatifs* ».

En 2009, les dépenses d'assurance maladie consacrées au secteur hospitalier devraient représenter 69,5 milliards d'euros, soit 44 % de l'ONDAM.

2. Le contexte financier des établissements de santé publics et privés est en voie d'amélioration

a) La situation financière des cliniques à but lucratif reste, malgré une forte hétérogénéité, généralement satisfaisante

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 2008 ne sont pas encore disponibles.

Il est néanmoins possible de donner quelques premières tendances ainsi que l'évolution du chiffre d'affaires des cliniques.

• *Les résultats 2007*

En 2007, le chiffre d'affaires des cliniques privées a augmenté de 4,4 %, soit un ralentissement de 2,3 points par rapport à 2006. Leur rentabilité économique ⁽¹⁾ a légèrement diminué par rapport à 2006, atteignant 3,1 % du chiffre d'affaires (soit - 0,1 point).

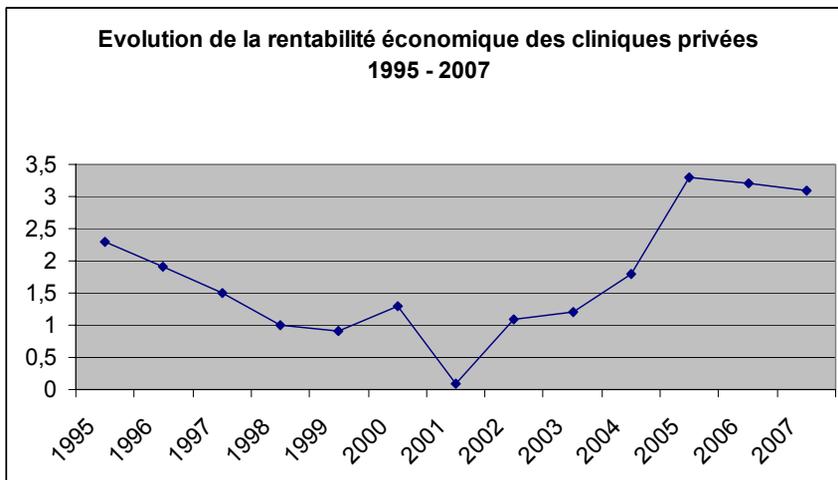
La situation économique des cliniques privées, généralement satisfaisante, est marquée comme en 2006 par une forte hétérogénéité : un quart des cliniques subit des pertes alors qu'une sur dix affiche une rentabilité économique supérieure à 11,4 %. Les cliniques de petite taille et du secteur hors médecine-chirurgie et obstétrique (MCO) sont les plus rentables : la rentabilité économique moyenne atteint 2,9 % du chiffre d'affaires pour les cliniques ayant une activité en MCO et à 4,5 % hors MCO.

Ce fléchissement de la croissance du chiffre d'affaires des cliniques privées est essentiellement imputable au ralentissement de la croissance du chiffre d'affaires des « grandes cliniques » (chiffre d'affaires supérieur à 12 millions d'euros), traditionnellement très dynamiques, entre 2007 et 2006 (+ 4,8 % après + 9,2 %). Dans le même intervalle, la croissance du chiffre d'affaires des établissements de plus petite taille, traditionnellement moins dynamiques, s'est accélérée : les petites (chiffre d'affaires inférieur à 6 millions d'euros) et moyennes (chiffre d'affaires compris entre 6 millions et 12 millions d'euros) cliniques enregistrent une croissance de leur chiffre d'affaires de respectivement + 3,7 % (après + 3,5 % en 2006) et de + 3,4 % (après + 1,8 %).

Alors qu'elle avait progressé continûment depuis 2003, la rentabilité économique des cliniques diminue de 0,1 point en 2006 comme en 2007, avec des taux s'élevant respectivement à 3,2 % et 3,1 % du chiffre d'affaires. La moitié des cliniques privées à but lucratif enregistre une rentabilité économique supérieure à 3,1 % du chiffre d'affaires en 2007, valeur médiane légèrement supérieure à celle de 2006 (2,9 %). Un dixième des établissements a un taux de rentabilité économique supérieur à 11,4 %, ce qui reste assez stable par rapport à 2006 (11,3 %).

(1) *Résultat net / chiffre d'affaires.*

Évolution de la rentabilité économique des établissements privés entre 1994 et 2007



Source : Ministère de la santé

En 2007, le secteur MCO réalise des bénéfices moindres par rapport à 2006 (- 0,1 point), avec une rentabilité équivalente à 2,9 % du chiffre d'affaires, tandis que la rentabilité des établissements de psychiatrie, soins de suite et réadaptation s'améliore (+ 0,5 point), avec 4,5 % du chiffre d'affaires. Le secteur hors MCO demeure toujours le plus rentable.

Au sein du secteur MCO, les cliniques spécialisées en chirurgie et en dialyse affichent une hausse de leurs bénéfices rapportés à leur chiffre d'affaires de + 1,3 point, soit 3,4 %, pour les premières et de + 8 points, soit 17,3 % pour les secondes. En revanche, la rentabilité économique des cliniques monodisciplinaires de médecine diminue de 0,6 point en 2007 et s'établit à 3,6 % et celle des cliniques spécialisées en obstétrique baisse de 0,1 point, s'établissant à 3,4 %. De même, les polycliniques réalisent des bénéfices moindres en 2007 (- 0,6 point), avec 2,3 % du chiffre d'affaires. Les taux de rentabilité des grandes et petites polycliniques diminuent, respectivement de 0,9 et 2,2 points, s'établissant ainsi à 2,7 % et 0,9 % du chiffre d'affaires.

Par ailleurs, le taux de rentabilité des cliniques du secteur hors MCO augmente de 0,6 point pour les établissements de psychiatrie (avec 5,7 % du chiffre d'affaires) et celui des établissements de soins de suite et de réadaptation se stabilise à 4 %⁽¹⁾.

(1) Études et Résultats n°701 août 2009 « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2006 et 2007 ».

• *Les perspectives 2008*

À ce jour, il n'existe pas de donnée financière disponible permettant d'annoncer des résultats quant à l'évolution du chiffre d'affaires et de la rentabilité économique des cliniques privées pour 2008.

Cependant, les premiers résultats issus des différentes sources de données ministérielles, de la CNAMTS et de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée donnent une première tendance de l'évolution des dépenses d'assurance maladie afférente aux établissements de santé en 2008.

L'évolution globale des dépenses relatives à l'activité MCO en 2008 calculée par rapport aux réalisations pour l'exercice 2007 est ainsi estimée à + 4,0 %. D'après les estimations des données brutes, l'activité des établissements du champ hors MCO évoluerait de + 6,4 %.

S'il n'est pas possible de déduire de ces chiffres des éléments financiers, tout indique néanmoins que l'activité des cliniques privées progresse et que le secteur reste dynamique.

b) La situation des établissements publics de santé s'améliore en 2008

Alors que la période 2002-2005 se caractérisait par un résultat net comptable globalement positif pour les établissements publics de santé, les résultats sont devenus globalement déficitaires à partir de 2006.

En fait, les situations déficitaires existaient dès avant 2006, mais du fait de la règle des crédits limitatifs, ces déficits se traduisaient par des reports de charges sur les exercices suivants et étaient peu lisibles dans les comptes. Cette situation a été apurée en 2006 grâce à la mise en place de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD).

Cette mise en place de l'EPRD, qui s'est substitué à l'ancien budget des hôpitaux, a permis d'assurer une plus grande sincérité des comptes. En effet, s'il constitue 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 donc 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.

En 2008, le compte de résultat principal s'établit, au niveau national, à - 592 millions d'euros et s'améliore donc de 87 millions d'euros par rapport à 2007, où il s'établissait à - 679 millions d'euros.

**Résultat compte prévisionnel de résultat prévisionnel principal
des établissements publics de santé de 2006 à 2008**

En millions d'euros

CRPP Type EPS ⁽¹⁾	2006	2007		2008	
	Résultat	Déficit	Résultat	Déficit	Résultat
CHRU	- 87	- 398	- 393	- 454	- 450
CH	- 356	- 430	- 338	- 318	- 187
CHS	9	- 16	23	- 10	21
HL	16	- 9	24	- 14	20
Autres publics	4	- 6	5	- 8	3
Total	- 413	- 859	- 679	- 803	- 592

Nb : la colonne « déficit » retrace la somme des résultats des seuls établissements déficitaires, la colonne « résultat » retrace la somme des résultats de tous les établissements.

Source : Direction générale des finances publiques

40 % des établissements réalisent ainsi un déficit sur leur compte de résultat principal pour un montant total de 803 millions d'euros et 60 % des établissements un excédent à hauteur de 211 millions d'euros. Le déficit total sur le compte de résultat principal est concentré à hauteur de 45 % sur un petit nombre d'établissements.

Cette amélioration s'explique en partie par une progression plus modérée des charges de personnel à hauteur de 3,4 % en 2008, contre 4 % en 2007 et par une progression plus importante des recettes (+ 4,8 % en 2008 contre + 3,4 % en 2007).

Les comptes de résultats annexes permettent de minorer le résultat déficitaire et de le ramener à - 367 millions d'euros en 2008. Seul environ un tiers des établissements de santé sont ainsi déficitaires en 2008 sur leur résultat global.

Résultat global des établissements publics de santé de 2006 à 2008

En millions d'euros

Résultat Global Type EPS	2006	2007		2008	
	Résultat	Déficit	Résultat	Déficit	Résultat
CHRU	- 7	- 333	- 325	-378	- 371
CH	-264	- 397	- 255	-293	- 103
CHS	21	-14	36	- 9	38
HL	65	-12	64	- 13	64
Autres publics	4	- 6	4	- 8	4
Total	- 182	- 763	- 475	- 701	- 367

Source : Direction générale des finances publiques

Par ailleurs, la capacité d'autofinancement des établissements de santé s'améliore également en 2008.

(1) CHRU : Centres hospitaliers régionaux et universitaires ; CH : centres hospitaliers ; CHS : centres hospitaliers spécialisés (en psychiatrie ou SSR) ; HL : hôpitaux locaux.

Capacité d'autofinancement des établissements publics de santé de 2006 à 2008

En millions d'euros

CAF des EPS	2006		2007		2008	
	CAF	CAF % recettes	CAF	CAF % recettes	CAF	CAF % recettes
CHRU	1 108	4,9 %	846	3,6 %	990	4,1 %
CH	1 449	4,9 %	1 497	4,9 %	1 817	5,6 %
CHS	246	4,6 %	254	4,6 %	294	5,1 %
HL	224	6,8 %	239	7,1 %	257	7,5 %
Autres publics	24	5,1 %	30	5,7 %	35	6,2 %
Total	3 052	5,0 %	2 865	4,5 %	3 393	5,1 %

Source : Direction générale des finances publiques

La capacité d'autofinancement s'établit à 3,39 milliards d'euros en 2008, en augmentation de l'ordre de 530 millions d'euros par rapport à 2007, soit +18 %, et représente 5,1 % du total des recettes. Cette augmentation s'explique principalement par l'amélioration du résultat d'exploitation en 2008, ainsi que par la dynamique insufflée par le plan « Hôpital 2007 ».

Ainsi, si la dégradation de la situation financière des établissements de santé jusqu'en 2007 montrait la difficulté de certains établissements de santé à produire les efforts d'économies importants (pour un montant annuel de l'ordre de 280 millions d'euros depuis 2006) demandés depuis 2005 dans le cadre du plan de retour à l'équilibre de l'assurance maladie, l'analyse des résultats montre, en 2008, que les établissements publics de santé ont intégré les nouvelles exigences de la T2A et de l'état des prévisions de recettes et de dépenses et peuvent ainsi commencer à absorber partiellement les efforts d'économies demandés.

B. LA LOI « HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES » APPORTE LE CADRE NÉCESSAIRE POUR RELEVER LES DÉFIS ET POURSUIVRE LA MODERNISATION DU SECTEUR HOSPITALIER

Si les établissements de santé se sont engagés dans un vaste mouvement de réformes dont beaucoup ont déjà porté leurs fruits depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 mettant en place la tarification à l'activité (T2A), ils restent confrontés à de nombreux défis, que la loi dite « HPST » procédant à une réforme structurelle profonde de la gouvernance des établissements de santé, devrait les aider à relever dans les meilleures conditions.

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

a) La tarification à l'activité s'applique depuis 2008 à 100 % dans les deux secteurs

Appliqué depuis le 1^{er} mars 2005 dans le secteur des cliniques privées antérieurement sous objectif quantifié national, le « 100 % T2A » concerne

également depuis le 1^{er} janvier 2008 ⁽¹⁾ les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) dans les établissements antérieurement sous dotation globale, c'est-à-dire les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier.

Ce choix d'un financement de 100 % de l'activité par les tarifs (hors MIGAC) pour les établissements publics de santé simplifie et harmonise les modalités de financement des établissements de santé des deux secteurs.

En particulier, le mécanisme de la montée en charge de la T2A jusqu'en 2012 (convergence intrasectorielle) est identique depuis le 1^{er} janvier 2008 pour les établissements de santé publics et privés. La transition vers l'application des tarifs nationaux propres à chaque secteur s'effectue en effet, tant dans le secteur public que privé, par l'application d'un coefficient de transition qui vient augmenter ou diminuer les tarifs. Celui-ci, calculé pour chaque établissement, mesure la sur ou sous-dotation initiale d'un établissement par rapport au financement de son activité aux tarifs nationaux. D'ici 2012, fin de la période de convergence intrasectorielle, chaque coefficient doit se rapprocher progressivement de 1, de sorte qu'à cette date, tous les établissements d'un même secteur recevront, pour une activité identique, une ressource équivalente.

Le financement de 100 % de l'activité par les tarifs présente des avantages indéniables. En effet, la tarification à l'activité à 100 % permet en premier lieu 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.

Par ailleurs, la tarification à l'activité à 100 % constitue, du fait du mode de construction des tarifs sur la base d'un coût moyen, une incitation forte à accélérer la restructuration de l'offre de soins nationale et régionale, les tarifs n'étant 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.

La tarification à l'activité à 100 % permet ainsi désormais aux établissements publics de s'adapter plus rapidement à l'évolution de leur activité, les incite à redéployer des moyens et introduit au sein du secteur hospitalier un levier puissant de restructuration.

(1) Article 62 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

b) Le plan « Hôpital 2007 » a relancé l'investissement

• Bilan du plan « Hôpital 2007 »

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 relance de l'investissement qui constitue un des supports majeurs du plan.

Le volet investissement du plan « Hôpital 2007 », lancé en 2003, visait un objectif d'augmentation du niveau d'investissement hospitalier de plus de 30 % sur 5 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 cible était de 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 Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (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 devait être au moins égal à celui constaté avant l'intervention du plan.

Les opérations entrant dans le cadre du plan devaient correspondre à des objectifs qualitatifs tels que la contribution à la restructuration de l'offre de soins (complémentarités entre établissements de santé, mutualisation de ressources), d'une part et à la facilitation de la mise en œuvre de programmes nationaux de santé publique, notamment la lutte contre le cancer, le plan urgences et le plan périnatalité, d'autre part.

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 agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Ceux-ci suivent, en lien avec les établissements de santé de la région, les modalités de réalisations 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 (appelé SIDONIH ⁽¹⁾) devant permettre de disposer des données en temps réel.

La base ainsi constituée devait fournir, 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.

S'agissant du bilan financier de la réalisation du plan « Hôpital 2007 », les éléments fournis par le ministère de la santé indiquent que le montant total des investissements est aujourd'hui estimé à 16,8 milliards d'euros, dont 10,8 milliards ont été réalisés sur la période 2003-2008. Les 6 milliards d'euros restant à mandater concernent certaines opérations immobilières de grande envergure qui sont encore en cours.

Les opérations immobilières représentent près de 95 % de ce plan. Les opérations d'équipements et de systèmes d'information hospitaliers se caractérisent par des opérations de faible montant et en nombre important. Elles représentent ainsi un peu plus de 40 % du nombre d'opérations mais seulement 5 % des montants. Ces opérations sont quasiment toutes terminées.

Le tableau ci-dessous détaille par nature d'investissement, le montant total des opérations estimé, les dépenses d'investissement réalisées et le restant à mandater.

État au 31 décembre 2008	Montant total en M€	Investissement réalisé en M€	Restant à mandater en M€
Immobilier	15 866	9 968	5 898
Systèmes d'information	394	304	90
Équipement	490	467	23
Mixte*	16	12	4
Total	16 766	10 751	6 015

* opérations couplant à la fois des investissements de SIH et d'équipement.

Source : MAINH, 2009.

S'agissant de l'accompagnement du plan, l'aide de 6 milliards d'euros se décompose en un peu plus de 1 milliard d'euros du FMESPP (aides en capital) et un peu moins de 5 milliards d'euros d'aides d'exploitation versées sur une période de 20 ans :

– les subventions en capital attribuées au titre du FMESPP, dont le rythme de financement initialement prévu se montant à 300 millions d'euros par an pendant cinq ans, a été revu en cours de plan. Dès l'année 2006, il y a eu substitution partielle entre les deux modes de financement et 428 millions d'euros

(1) Système d'information des données relatives à l'investissement hospitalier.

ont été convertis du FMESPP vers l'ONDAM. Au total, le soutien financier attribué depuis le lancement du plan « Hôpital 2007 » s'élève, en capital versé par le FMESPP, à 1,061 milliard d'euros.

FMESPP (en M€)	2003	2004	2005	2006	2007	Total des aides	Montant d'investissements financés par les aides octroyées
Prévisionnel	300	300	300	300	300	1 500	1 500
Réalisé	300	301,853	261,2	100	97,99	1 061	1 061

– les aides en exploitation, reconductibles sur 20 ans, et versées sous forme d'aides à la contractualisation, imputées sur l'enveloppe MIGAC, pour la participation au remboursement des emprunts, s'élèvent au terme de la montée en charge du plan à 446,55 millions d'euros. Elles permettent de financer un volume d'investissement évalué à 4,67 milliards d'euros.

Aides en fonctionnement (en M€)	2003	2004	2005	2006	2007	Total des aides	Montant d'investissements financés par les aides octroyées
Prévisionnel	70	90	90	90	90	430,21	4 500
Réalisé	72,02	90,4	85,28	104,72	94,08	446,548	4 670

L'accompagnement financier s'est déroulé dans des conditions sensiblement différentes de la prévision, pour ce qui concerne la nature de l'aide. Cependant, les montants d'investissements financés ont été maintenus à un niveau très proche des engagements initiaux.

La nature de l'aide diffère selon la catégorie d'établissement. Les établissements publics et les établissements privés participant au service public hospitalier ont été subventionnés majoritairement par de l'aide en fonctionnement tandis que les cliniques privées à but lucratif ont été aidées par de l'aide en capital du FMESPP, conformément à la circulaire du 20 mars 2003.

Le taux d'accompagnement diffère selon la nature de l'investissement et selon la catégorie d'établissement :

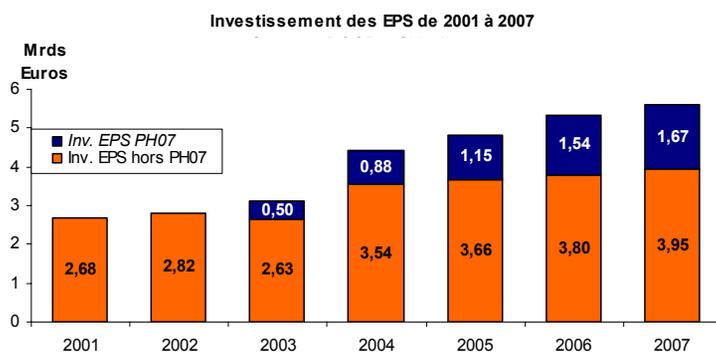
Le taux de subventionnement ressort ainsi à 33 % pour les opérations immobilières, 64 % pour les systèmes d'information et 66 % pour les équipements.

	Nombre d'opérations	Montant en M€	Aides en M€	Taux d'accompagnement
Immobilier	1 012	15 866	5 210	33 %
 Systèmes d'information	515	394	250	64 %
Équipement	313	490	326	66 %
Mixte	28	16	8	50 %
Total	1 868	16 766	5 795	35 %

Source : MAINH, 2009.

L'effet levier du plan a été apprécié de 2003 à 2007 à partir du croisement des données comptables des établissements et de l'outil de suivi des investissements spécifiques « Hôpital 2007 ». Il a été mesuré sur le champ des établissements publics de santé uniquement.

Investissement des Établissements Publics de Santé de 2001 à 2007 (en Md€)



Source : DGCP et Sidonih 2008

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

● *Les critiques de la Cour des comptes*

Dans son rapport de septembre 2009 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes, en même temps qu'elle constatait que la relance de l'investissement opérée par le plan « Hôpital 2007 » avait contribué à améliorer la qualité des infrastructures hospitalières et à les adapter à l'évolution des techniques médicales, a formulé un certain nombre de critiques sur les conditions dans lesquelles ce plan a été mené.

Elle a ainsi critiqué « *le lancement rapide du plan et la poursuite d'objectifs multiples qui ont conduit à retenir un trop grand nombre de projets dont la viabilité économique n'était pas toujours assurée* ».

Les modalités de sélection peu discriminantes, ne prenant notamment pas en compte la rentabilité économique des projets (rapport coût/bénéfice), l'absence de gestion rigoureuse du plan, se traduisant par exemple par la non-application du principe de restitution des aides en cas d'abandon d'une opération ou de retard d'engagement supérieur à un an, ainsi que l'insuffisance des outils de suivi ont fait l'objet de sévères critiques.

En conséquence, la Cour des comptes appelait de ses vœux que le pilotage du plan « Hôpital 2012 » par le niveau national soit revu et qu'une méthodologie de suivi des projets importants soit instaurée.

c) 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 prévoyaient 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. Il s'agit alors d'accords locaux conclus entre le directeur de l'agence et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie. Les agences 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. Les établissements concernés par cet accord sont ceux qui ont une prescription importante d'antibiotiques dans le cadre d'hospitalisations 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 2008, parmi les 637 établissements concernés, 536 ont conclu un accord local, soit un taux de 84 %.

L'accord cadre prévoit les conditions de reversement aux établissements de 50 % du montant des dépenses évitées à l'assurance maladie grâce au bon usage des antibiotiques. L'intéressement des établissements de santé est calculé en se fondant sur les économies réalisées par l'assurance maladie liées aux prescriptions effectuées en établissement et exécutées en officine de ville. Pour l'année 2007, 133 établissements de santé ont bénéficié d'un intéressement pour un montant total de 281 475 euros au titre des accords locaux portant sur le bon usage des antibiotiques.

S'agissant des accords d'initiative locale, la circulaire du 4 juillet 2006 a notamment encouragé les missions régionales de santé 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 3 ans. Au 31 décembre 2008, 461 accords d'initiative locale relatifs au bon usage des prescriptions de transport ont été signés, soit un taux de 71 %.

Les accords d'initiative locale portant sur les transports prévoient les conditions de reversement aux établissements du montant des dépenses évitées à l'assurance maladie. Le taux de reversement aux établissements des dépenses évitées varie de 20 % à 30 % entre les régions. Pour l'année 2008, 26 établissements de santé ont bénéficié d'un intéressement pour un montant total de 259 124 euros. Ces accords présentent un potentiel d'économie important, même si peu d'établissements en 2007 sont bénéficiaires, ces accords ayant été signés en majorité à la fin de l'année 2007.

• *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 (dite « liste en sus »), modifié par le décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008, les établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie ainsi que les structures d'hospitalisation à domicile et dialyse doivent conclure avec l'agence régionale de l'hospitalisation, et l'assurance maladie pour les prochains contrats, un contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations pour une durée de 3 à 5 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'agence régionale 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 en matière de fixation des taux de remboursement appliqués, le gouvernement a mené, en 2008 et 2009, une enquête auprès des agences régionales. Les résultats de cette enquête peuvent être résumés ainsi :

– pour l'année 2007, les 25 agences concernées ont signé 1 385 contrats de bon usage avec leurs établissements de santé ; 79 établissements ont fait l'objet de sanctions, soit un taux de 6 % des établissements signataires ; 13 agences ont appliqué une modulation du taux de remboursement des produits de la liste en sus pour un montant qui s'élève à 1,8 million d'euros ;

– pour l'année 2008, les premiers résultats de l'enquête montrent que 22 agences ont signé 1296 contrats de bon usage avec leurs établissements de santé ; 74 établissements ont fait l'objet de sanctions, soit un taux de 5,7 % des établissements signataires ; 17 agences ont appliqué une modulation du taux de remboursement des produits de la liste en sus, pour un montant qui s'élève à 1,3 million d'euros.

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

Depuis 2007, il est possible de suivre les consommations de médicaments par codes UCD⁽¹⁾ et de les rattacher aux séjours des malades rendant possible des

(1) Codification des unités communes de dispensation (UCD).

analyses qualitatives par pathologie dans un but d'analyse comparative. 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 a été mise en œuvre pour les dispositifs médicaux.

La norme B2 (télétransmission des informations de consommations par patient et par UCD) permet de disposer des mêmes données, à compter de l'automne 2009 pour les autres établissements, qui étaient antérieurement sous objectifs quantifiés nationaux.

La maîtrise des dépenses des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations inscrits sur la liste financée en sus des prestations d'hospitalisation fait partie des thèmes d'action coordonnée pour 2009 dont la Direction de la sécurité sociale est pilote.

Ce plan d'action comporte différents thèmes et objectifs :

– un objectif quantifié de performance : dans le cadre du I de l'article 47 de la loi de financement pour 2009, l'arrêté du 18 février 2009 a fixé un taux prévisionnel de 10 % d'évolution nationale des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus pour 2009. La circulaire de mise en œuvre de cet article a été publiée en juin 2009 ;

– une meilleure prescription des produits de la liste en sus sur la base de référentiels qui passe par l'encadrement des prescriptions initiales des médicaments orphelins, l'identification au sein de l'hôpital des médecins prescrivant des médicaments de la liste en sus, l'élaboration des référentiels de bon usage (tous les référentiels de bon usage des médicaments hors cancérologie ont été publiés ; pour la cancérologie, reste à publier le référentiel relatif aux cancers pédiatriques et tumeurs rares) et une meilleure mobilisation des contrats de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux (contrôles des établissements) ;

– la mise en place d'un système efficient de recueil des données pour une meilleure connaissance de l'utilisation des produits de la liste en sus.

• *La maîtrise médicalisée des dépenses prises depuis 2007 relatives aux transports sanitaires*

– la mise en œuvre du référentiel de prescription médicalisée des transports (décret n° 2006-1746 du 23 décembre 2006)

La maîtrise des dépenses de transport sanitaires a été renforcée par le décret n° 2006-1746 du 23 décembre 2006, relatif à la prise en charge des frais de transport exposés par les assurés, qui s'inscrit dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie, notamment des prescriptions hospitalières effectuées en ville.

Le code de la sécurité sociale subordonne désormais la prise en charge des frais de transport à des conditions médico-administratives et au respect du référentiel médical de prescription des transports, arrêté le 23 décembre 2006 par le ministre chargé de la sécurité sociale. Ce référentiel définit les critères médicaux et de dépendance pour la prescription d'un transport en ambulance, d'un transport assis professionnalisé ou d'un autre moyen. Il est désormais opposable à tous les prescripteurs, médecins libéraux et salariés, y compris hospitaliers.

La prise en charge du transport de patients est soumise à une prescription médicale préalable dans laquelle sont mentionnés les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le moyen de transport prescrit. Cette prescription est soumise à un principe général d'économie, selon lequel les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du patient.

Suite à la publication de ce nouveau référentiel, une campagne d'information passant notamment par des rencontres entre les délégués d'assurance maladie et les prescripteurs libéraux a été initiée.

– L'agrément des entreprises de taxi agréées par une caisse primaire d'assurance maladie

Les frais de transports pris en charge par l'assurance maladie et effectués par des entreprises de taxi agréées par une caisse primaire sont remboursés aux assurés selon les conditions prévues dans la convention locale conclue entre la caisse et la ou les fédération(s) locale(s) de taxi.

Le principe d'une régulation du conventionnement est logique et nécessaire, les dépenses de transport en taxi ayant par ailleurs crû pendant plusieurs années de plus de 10 % par an occasionnant ainsi de lourdes et croissantes dépenses pour l'assurance maladie. Cette régulation existe d'ailleurs de longue date sous la forme de quotas pour les véhicules de transport sanitaire.

La réglementation relative à la prise en charge par l'assurance maladie des transports effectués en taxis a été modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Le régime conventionnel antérieur était facultatif et concernait principalement le tiers payant.

Le nouveau régime rend obligatoire le conventionnement avec un organisme local d'assurance maladie pour la prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport. Il s'agit d'une mesure de bonne gestion qui aligne le cadre des relations de l'assurance maladie avec les taxis sur celui appliqué aux autres prestataires de service dont elle prend en charge les prestations, et notamment celui des transports sanitaires.

La convention locale doit être conforme à la convention-type, établie par l'UNCAM après avis des organisations professionnelles nationales les plus

représentatives du secteur. Elle a été publiée au *Journal officiel* du 23 septembre 2008.

Le régime conventionnel organise la dispense d'avance de frais et prévoit la négociation d'une décote tarifaire par rapport aux tarifs préfectoraux, variable en fonction de la zone géographique et du type de tarif.

Par ailleurs, il conditionne l'accès au conventionnement à une durée d'exercice préalable de deux ans pour les entreprises créées après le 1^{er} juin 2008, comme le prévoit la loi. Les entreprises de taxi qui souhaitent bénéficier du conventionnement avec l'assurance maladie doivent donc remplir cette condition d'ancienneté d'exercice, fixée dans la convention-type. En revanche, les entreprises de taxi qui exerçaient déjà une activité avant cette date, quelle qu'en soit l'ancienneté, sont exemptées de cette obligation.

L'entrée en vigueur du dispositif est complète depuis le 1^{er} avril 2009.

Le premier bilan de ce dispositif indique que la proportion d'entreprises concernées ayant signé des accords locaux ou d'initiative locale traduit l'implication des acteurs de terrain dans ces démarches.

- *Les perspectives d'avenir*

Les perspectives d'avenir s'inscrivent dans un contexte institutionnel en pleine mutation avec la création des agences régionales de santé (ARS) en 2010 et de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), créée par la loi dite « HPST ».

S'agissant des futures ARS, il est prévu que celles-ci puissent poursuivre les actions auprès des établissements de santé à travers un contrat ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins. Ce contrat pourra porter sur l'amélioration des pratiques, la formation et l'information des professionnels qui exercent au sein des établissements de santé. Ce contrat fixera la contrepartie financière associée à l'atteinte des objectifs par l'établissement de santé.

S'agissant de l'ANAP, elle sera chargée d'aider les établissements à améliorer leur efficacité, d'optimiser leurs projets d'investissement et d'organisation interne et externe dans un souci de performance du système de santé, en identifiant les bonnes pratiques en matière notamment de gestion, d'organisation, de systèmes d'information et de politique immobilière et, par l'intermédiaire des ARS, en aidant les établissements à les mettre en place. Ainsi son action contribuera, en liaison avec les ARS, à améliorer la maîtrise des dépenses hospitalières et la qualité des soins.

2. Les établissements restent confrontés à de nombreux défis

a) Il existe des marges importantes d'amélioration exploitables dans l'organisation des hôpitaux publics

Le chapitre du rapport de septembre 2009 de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale dédié à « l'organisation de l'hôpital » fait le constat de disparités importantes au sein de l'hôpital et d'un hôpital à l'autre pour des services de même nature qui traduisent une allocation non optimale des ressources et mettent en évidence des marges de progression importantes.

D'après la Cour des comptes, les différences observables dans l'organisation de la production des soins dans les hôpitaux publics sont « *d'une diversité qu'on ne soupçonne pas* ». À partir d'un échantillon de cinq CHU et d'une quarantaine de centres hospitaliers, la Cour et six chambres régionales ont mis en évidence, pour trois types de services (maternité, pneumologie et chirurgie orthopédique) des résultats très hétérogènes, le coût du passage dans les urgences variant par exemple de un à cinq pour les établissements de l'échantillon.

Ces différences sont révélatrices d'un besoin d'organisation et de rationalisation. La Cour des comptes regrette à cet égard que la diffusion des bonnes pratiques repérées et analysées par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) n'ait pas réussi à apporter des solutions aux problèmes d'organisation et d'efficacité médico-économique des hôpitaux.

Elle souligne également que « *les acteurs ne se donnent pas les moyens de connaître objectivement la performance de leur organisation et de leurs pratiques* ». En particulier, elle pointe que la mise en place de la comptabilité analytique est restée à un stade embryonnaire dans de nombreux établissements, notamment ceux de taille petite et moyenne, et que les établissements qui ont développé des tableaux de bord par pôles tels que mis au point par la MEAH demeurent trop rares. De façon générale, « *l'information des pilotes de l'hôpital est affectée de multiples faiblesses et les progrès réalisés depuis le rapport de la Cour* ⁽¹⁾ *sur les systèmes d'information sont encore partiels* ».

À cet égard, on ne peut que partager l'analyse du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son avis du 23 avril 2009 sur la situation des établissements de santé lorsqu'il affirme que les établissements de santé « *doivent se doter de meilleurs instruments de pilotage et de suivi pour achever la trop lente montée en charge de la comptabilité analytique et développer de façon plus systématique l'analyse des moyens de production et des moyens de leur optimisation* ».

(1) Rapport de septembre 2008 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale.

La conclusion que tire la Cour des comptes de son étude sur l'incidence des facteurs organisationnels sur les coûts est que des progrès sont possibles dans tous les établissements.

Il convient de souligner que la réussite de la future ANAP, qui regroupe la Mission nationale d'appui à l'investissement Hospitalier (MAINH), la Mission nationale d'expertises et d'audits hospitaliers (MEAH) et le Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH) avec pour objectif de fournir aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux les services et les outils leur permettant de perfectionner la qualité des soins et leur gestion, est un enjeu majeur dans l'amélioration de l'efficacité du système hospitalier.

b) Le nouveau plan « Hôpital 2012 » doit tirer les enseignements du plan « Hôpital 2007 »

Les circulaires du 15 juin 2007 et du 12 décembre 2007 définissent les modalités de mise en œuvre du plan « Hôpital 2012 ». Celui-ci s'inscrit dans la continuité du volet investissement du plan « Hôpital 2007 » et a pour objet de maintenir durant la période 2008-2012 un niveau d'investissement nécessaire à la réalisation des schémas régionaux d'organisation des soins, 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.

Cinq grandes orientations sont retenues par le plan « Hôpital 2012 » :

– 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.

– l'appui à la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation des soins

L'accompagnement des opérations de recomposition hospitalières, des regroupements de plateaux techniques, des coopérations inter-établissements, de la finalisation de la modernisation des sites d'accueil des urgences et des SAMU constitue l'une des priorités du plan.

– le soutien des opérations répondant aux critères d'efficacité

Les opérations immobilières doivent satisfaire à des 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 doit 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. En particulier, il est systématiquement demandé aux établissements de mesurer le retour sur investissement généré par les projets présentés.

– le développement des systèmes d'information hospitaliers

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.

– la mise aux normes de sécurité à caractère exceptionnel

Cet objectif 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. Une enveloppe spécifique est réservée au financement de ces opérations.

S'agissant des modalités de financement du plan « Hôpital 2012 », l'objectif de 10 milliards d'euros d'investissements fixé par le plan 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. Les hypothèses de taux, calées sur les simulations de la Caisse des dépôts et consignations, retiennent un taux de 5 % pour les emprunts à 20 ans.

Ce dispositif est complété, à hauteur de 2 milliards d'euros, par des prêts à taux préférentiels de la Caisse des dépôts et consignations. La circulaire rappelle que « *le volume global d'investissement supplémentaire susceptible de bénéficier du plan est de 10 milliards d'euros. Ce montant est un plafond.* ».

Comme le note la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2009, « *la sélection des projets entend remédier aux principales faiblesses constatées pour le plan hôpital 2007. Ainsi l'accent a été mis sur la recherche de l'efficacité, sur l'opportunité stratégique des projets, sur leur cohérence avec l'équilibre financier d'exploitation, ainsi que sur l'exigence de retours sur investissement. L'accompagnement des projets de restructuration est une priorité.* ». Pourtant, elle note que la relance effectuée par le plan « Hôpital 2012 » « *s'est effectuée sans que le pilotage par le niveau national soit clarifié et que les modalités de suivi soient revues.* ».

Il apparaît donc essentiel de mettre en place une méthodologie de suivi des projets et de clarifier les modalités de pilotage du plan « Hôpital 2012 », pour ne pas réitérer les difficultés rencontrées lors du plan « Hôpital 2007 ».

c) Les opérations de coopérations ou de regroupements internes demeurent limitées

D'après les informations obtenues par le rapporteur auprès du ministère de la santé, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) auront mené, sur la période 1996 à fin 2008, près de 600 opérations (594) de restructurations et 660 à fin 2009/début 2010.

Sur les 600 opérations menées à fin 2008, 314 concernent la chirurgie et 212 l'obstétrique.

Dans son rapport précité, la Cour des comptes souligne le faible nombre d'opérations de coopérations ou de regroupements internes qui ont été effectués dans ce cadre.

La Cour rapporte ainsi que selon la Mission d'appui à l'investissement hospitalier, seulement 235 opérations, dont 170 immobilières, auraient permis de regrouper des établissements sur un seul site ou d'initier des complémentarités entre secteurs public et privé et indique que « *ces regroupements sont intervenus pour plus de la moitié dans le secteur privé, ce qui conforte le constat fait par la Cour sur le retard pris par les établissements publics de santé en matière de restructurations* ».

Dans son rapport de septembre 2008 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes soulignait déjà, en effet, que les résultats obtenus en matière d'opérations de restructuration restaient encore en dessous des ambitions affichées et 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 appelait de ses vœux une relance de la politique de restructuration hospitalière.

La fermeture de petites unités (maternité et unités de chirurgie) dont la taille ne garantissait ni la qualité ni l'économie a certes été bien amorcée. Mais il convient toutefois de poursuivre cette tendance.

À cet égard, les dispositions relatives à la formule de la communauté hospitalière de territoire et de groupement de coopération sanitaire prévues par la loi dite « HPST » devraient être de nature à permettre une action plus efficace en matière de restructuration.

d) Malgré certains progrès, les modalités de la convergence intersectorielle ne sont toujours pas établies sur un constat objectif et partagé

La rédaction actuelle du VII de l'article 33 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2004 précise que les tarifs de chaque secteur sont fixés, pour les années 2005 à 2012, en tenant compte du processus de 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. En conséquence, l'écart entre les tarifs des deux secteurs doit se réduire progressivement jusqu'à 2012 sans pour autant aboutir à un tarif unique.

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 que le rapport de janvier 2006 de la mission d'appui sur la convergence tarifaire public-privé (IGAS) 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 a disposé que le gouvernement remettrait avant le 15 octobre 2008 un rapport au Parlement sur le bilan des travaux sur la mesure de ces écarts.

La convergence intersectorielle suppose en effet 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 ou des sujétions spécifiques, qui n'étaient pas encore disponibles à l'époque.

Plusieurs avancées significatives ont certes été réalisées récemment et des travaux ont commencé à éclairer quelle part de l'écart facial entre les tarifs des deux secteurs est explicable par la différence de charges qui pèsent sur chacun d'eux.

En premier lieu, l'avis sur la situation des établissements de santé adopté le 23 avril 2009 par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a noté que l'on a progressé sur l'analyse des différences de champ, qui résultent du fait

que le périmètre des tarifs n'est pas le même dans les deux secteurs (c'est tout particulièrement le cas du financement des honoraires médicaux qui est en sus des tarifs des groupes homogènes de séjour –GHS– dans le secteur privé commercial) et que l'on pourrait rapidement stabiliser cette analyse

Par ailleurs, un effort a été réalisé, dès la campagne tarifaire 2009, pour retirer des tarifs la part consacrée à la permanence des soins hospitalière et rémunérer spécifiquement les établissements qui la réalisent effectivement, qu'ils soient publics ou privés. L'exercice budgétaire 2009 a constitué ainsi une première étape dans l'évolution du modèle de financement de la permanence des soins hospitalière. L'objectif des travaux menés était d'identifier les coûts liés à la prise en charge de ces missions, de retirer des tarifs la part correspondante, et de rémunérer spécifiquement de manière ciblée au travers des dotations « missions d'intérêt général » (MIG) les établissements qui les prennent effectivement en charge.

D'autre part, les campagnes budgétaires 2008 et surtout 2009 ont permis de restructurer les modalités d'allocation financière, notamment par la mise en œuvre le 1^{er} mars 2009 de la version V11 de la classification des séjours dans les deux secteurs, qui a eu pour objectif d'améliorer l'homogénéité de la classification des séjours et de permettre de les valoriser plus justement. La V11 a ainsi permis, par la création de quatre niveaux de sévérité pour chaque groupe de séjours, une meilleure prise en compte des sévérités des prises en charge.

De même, le basculement de certains tarifs vers les MIGAC, afin de rémunérer spécifiquement les établissements plus particulièrement exposés à l'accueil et à la prise en charge des populations en situation de précarité, a également constitué un progrès.

Enfin, des travaux de rapprochement des échelles de coût ont récemment abouti dans le cadre de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune.

La mise en œuvre de ces mesures a déjà contribué à la réduction de l'écart tarifaire intersectoriel. Ces avancées ont en effet permis, d'après l'avis sur la situation des établissements de santé adopté le 23 avril 2009 par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de ramener en 2009 l'écart facial à 26 %, contre 37 % en 2008.

Pour autant, on ne sait toujours pas avec précision à quel niveau s'établirait l'écart résiduel une fois qu'auraient été prises en compte toutes les différences dans la nature des charges et il convient donc de poursuivre la réalisation d'études robustes et crédibles éclairant les écarts de coûts entre les établissements compte tenu des missions exercées.

Le travail entrepris est loin d'être terminé, comme l'atteste l'annexe 10 du rapport de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

d'octobre 2008 ⁽¹⁾ qui définit le calendrier des travaux complémentaires à mener et qui donne la mesure de la complexité du sujet et de la nécessité d'affiner l'éclairage de la mise en œuvre de la convergence intersectorielle.

D'après les informations recueillies, et dans l'attente du rapport d'octobre 2009 sur la convergence intersectorielle, les travaux qui restent à faire demeurent nombreux. Des études sont, en effet, actuellement réalisées ou envisagées pour analyser les écarts de coûts entre les établissements publics et privés et permettre une meilleure comparabilité des activités. Elles visent à éclairer les écarts de coûts entre les établissements en prenant en compte les activités et les missions exercées et portent sur des sujets variés comme la précarité, la permanence des soins, la charge en soins, l'activité non programmée, les effets de gamme et de taille, le coût du travail ou la fiscalité par exemple.

3. La loi dite « HPST » a posé les bases d'une organisation plus efficiente du système hospitalier

À la suite d'engagements fermes du Président de la République, notamment lors de son discours du 17 avril 2008 à l'hôpital de Neufchâteau, et d'une vaste concertation avec l'ensemble des acteurs de la santé au travers de la Commission de concertation relative aux missions de l'hôpital présidée par M. Gérard Larcher dont les conclusions ont été rendues le 10 avril 2008, la loi dite « HPST » a relevé le défi de moderniser les établissements de santé et de leur permettre de fonctionner de manière plus souple et réactive.

Dans une certaine continuité avec les réformes déjà engagées au travers du plan « Hôpital 2007 » qui avait introduit la tarification à l'activité (T2A) dans le financement des hôpitaux et amorcé une réforme de la gouvernance interne des établissements de santé, la loi dite « HPST » a doté le secteur hospitalier des réformes structurelles dont il a besoin pour améliorer son organisation et son efficience globale, en prenant le parti pris de placer le malade au cœur du système afin de répondre au mieux à ses attentes en terme de qualité et d'accessibilité des soins.

Sa mise en œuvre, au travers notamment des agences régionales de santé devrait permettre une action efficace sur l'offre de soins hospitaliers et son organisation, génératrice d'économies structurelles.

a) Les missions des établissements de santé ont été précisées

La loi s'est attachée à recentrer les établissements de santé sur leur cœur de métier en définissant plus précisément leurs missions. Les établissements ne se définissent désormais plus tant par leur statut que par les services qu'ils apportent à la population.

(1) Le rapport 2009 qui devait être communiqué au Parlement avant le 15 octobre 2009 n'a pas encore été communiqué au rapporteur qui regrette, cette année encore, le retard de transmission.

De même, les missions de service public ont été mieux définies et pourront désormais être assurées « à la carte » par tout établissement de santé, quel que soit son statut, public ou privé. L'examen des conditions d'accès aux soins montrait, en effet, que sur certains territoires, aucun établissement n'assurait de missions de service public tandis que, dans d'autres, l'exercice de ces missions était parfois redondant. L'enjeu était donc de définir précisément ces missions de service public pour que les autorités sanitaires puissent mieux les répartir.

Par ailleurs, les garanties et les obligations attachées aux missions de service public ont été soigneusement inscrites dans la loi, qu'il s'agisse de la garantie d'un égal accès à des soins de qualité, d'un accueil et d'une prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre ou d'une prise en charge sans dépassement d'honoraires.

Cette meilleure définition des missions des établissements de santé, et tout particulièrement des missions de service public, devrait permettre d'assurer à l'avenir une couverture territoriale optimale en offre de soins hospitaliers et garantir ainsi l'accès à l'ensemble de la population à des soins de qualité.

b) La gouvernance des établissements publics de santé a été profondément remaniée

La loi a tiré toutes les conséquences du constat formulé par le professeur Guy Vallancien dans son rapport de juillet 2008 sur la gouvernance hospitalière, dans lequel il soulignait qu'« en 2008, l'hôpital était administré, mais il n'était toujours pas gouverné ».

Afin de doter enfin l'hôpital d'une chaîne hiérarchique claire et responsable, d'approfondir le principe du pilotage médico-administratif et d'introduire un réel management de proximité via les pôles, la gouvernance des établissements publics de santé a été clarifiée par la mise en place de nouvelles instances de pilotage.

L'arbitrage ultime appartient désormais clairement à un directeur renforcé dans ses attributions et ses responsabilités, entouré d'un directoire resserré à majorité médicale chargé des fonctions exécutives, le conseil de surveillance étant recentré sur ses fonctions de contrôle.

Ainsi, le conseil de surveillance remplace le conseil d'administration. Ses missions sont recentrées sur les orientations stratégiques de l'établissement et des missions de contrôle. Sa composition est resserrée tout en s'articulant en trois collègues, afin d'assurer la représentation des élus, des personnels et des personnalités qualifiées.

Le rôle du directeur est parallèlement renforcé. Il a désormais pleine responsabilité, en tant que président du directoire, pour mettre en œuvre le projet d'établissement et fixer l'état des prévisions de recettes et de dépenses. Le directoire est consulté sur les principales décisions, comme l'approbation du projet

médical et la préparation du projet d'établissement. Au sein du directoire, le président de la commission médicale d'établissement aura un rôle tout particulier en tant que vice-président du directoire pour élaborer le projet médical, avec le directeur.

Dans le même temps les instances consultatives sont repensées. Ainsi, la commission médicale d'établissement est recentrée sur des objectifs de qualité et de sécurité des soins.

Enfin, la modernisation de la gouvernance va au-delà des instances. Ainsi, la gestion des établissements se trouvera assouplie. La seule structure interne de référence est désormais le pôle. Le rôle du chef de pôle est renforcé, celui-ci étant doté d'une autorité fonctionnelle sur les équipes du pôle et conforté par son rôle dans la négociation du contrat de pôle, principal outil de pilotage du pôle. Les autres structures internes (services, unités fonctionnelles...), relèvent de la liberté d'organisation des établissements, qui renvoie à leur autonomie de gestion.

Via ces organes décisionnels renouvelés, la réforme engagée devrait permettre à chacun d'assurer un meilleur exercice de ses responsabilités.

c) Les défis managériaux auxquels sont confrontés les établissements publics de santé ont été relevés

En ouvrant le recrutement des personnels de direction à de nouveaux profils, en facilitant le recrutement des personnels médicaux par la création d'un nouveau contrat de droit public de « cliniciens hospitaliers » plus attractif et en modernisant les modalités de gestion, la loi a également entendu répondre aux défis managériaux auxquels sont confrontés les établissements publics de santé afin de rendre l'hôpital plus attractif et compétitif.

L'objectif était de simplifier les organisations et les procédures, de mettre en œuvre une culture de résultats notamment au travers de la fixation d'objectifs de qualité et de sécurité pour impliquer l'ensemble du personnel dans une démarche de qualité des soins, et de doter les établissements de santé d'outils plus performants de gestion, qu'il s'agisse de la clarification des situations de déséquilibres financiers, de la gestion de leur patrimoine immobilier, de la mise en place de procédures fiables, comme la certification des comptes des établissements ou de la création d'une Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

d) La coopération territoriale entre établissements et professionnels de santé a été renforcée

Dans un contexte marqué par des difficultés d'accès à une prise en charge de proximité, par les contraintes de la démographie médicale, par les difficultés de recrutement que connaissent les établissements de santé, en particulier dans certaines spécialités médicales, ou 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 et des structures pour personnes âgées dans le cadre de filières gériatriques, il était plus que nécessaire de renforcer les dispositifs de coopération.

Dans cet esprit, la loi a favorisé, notamment au moyen d'incitations financières, la création de nouvelles communautés hospitalières de territoire, qui devraient constituer, à l'avenir, la forme de droit commun des nécessaires futures recompositions hospitalières publiques. En favorisant le développement de complémentarités et les rapprochements entre hôpitaux publics autour de projets pertinents en termes d'activité médicale, de taille des établissements et de flux de population, la création de communautés hospitalières de territoire constitue une avancée indispensable pour la structuration de l'offre publique de soins et la coordination des acteurs hospitaliers sur le terrain. Elle devrait faire disparaître à terme toute forme de concurrence néfaste entre établissements publics de santé qui cherchent trop souvent tous à exercer des missions similaires sans mutualisation des hommes ni des moyens logistiques.

La loi s'est également attachée à favoriser les nécessaires coopérations entre les établissements de santé publics et privés en améliorant le cadre juridique du recours aux groupements de coopération sanitaire, qui permettront également les coopérations indispensables avec les professionnels de santé libéraux et le secteur médico-social, gage du perfectionnement de notre système de santé.

La loi dite « HPST », par les profondes réformes structurelles qu'elle apporte, pose ainsi les bases d'une organisation plus efficiente du système hospitalier que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 vient encore renforcer.

C. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010 AMÉLIORE L'EFFICIENCE DU SECTEUR HOSPITALIER ET RENFORCE LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 poursuit la mise en œuvre des politiques visant à améliorer l'efficacité du système de soins par une maîtrise médicalisée des dépenses.

1. La maîtrise médicalisée est renforcée dans le secteur dynamique des transports sanitaires

La forte progressivité des dépenses de transports sanitaires, avec un taux d'évolution moyen de près de 8 % par an au cours de la dernière décennie, et la reprise d'une progression soutenue des dépenses au début de l'année, avec une augmentation de 8,2 % fin mai 2009 par rapport à la période de janvier à mai 2008, expliquent que la maîtrise médicalisée des transports de malades soit devenue un enjeu majeur d'économies potentielles.

S'inscrivant dans la continuité des efforts déjà réalisés pour maîtriser le poste dynamique des dépenses de transport, qu'il s'agisse de la mise en œuvre en 2006 d'un référentiel de prescription médicalisée des transports, de l'instauration d'une procédure de mise sous accord préalable du service médical, de la mise en œuvre d'accords d'amélioration de pratiques hospitalières ou de l'agrément des entreprises de taxi par une caisse primaire d'assurance maladie, le projet de loi met en place deux nouvelles mesures destinées à optimiser la régulation des dépenses de transport.

a) Un nouveau dispositif de régulation des dépenses

En premier lieu, l'article 31 instaure un nouveau dispositif de régulation des dépenses de frais de transport des établissements de santé, inspiré du dispositif de régulation des spécialités pharmaceutiques financées en sus des groupes homogènes de séjour prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, et destiné à inciter à la mise en place d'une organisation plus efficace des transports sanitaires.

Lorsque l'agence régionale de santé estimera qu'un établissement de santé n'a pas respecté le taux prévisionnel d'évolution des prescriptions de transport fixé annuellement par l'État et le référentiel de prescription de 2006, elle pourra décider de conclure avec l'établissement de santé concerné et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports. Des pénalités financières sont prévues en cas de non-respect par l'établissement de l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport inscrit dans le contrat. En sens inverse, un intéressement de l'établissement de santé aux économies réalisées est destiné à assurer au dispositif toute son efficacité.

b) Un nouveau cadre d'expérimentations

En second lieu, l'article 31 met en place un nouveau cadre d'expérimentations en matière de gestion des dépenses de transport liées aux prescriptions hospitalières, ayant pour objet de développer des modes de transports plus efficaces, comme les transports partagés et permettant de créer par voie conventionnelle des centres de régulation chargés de proposer au patient le mode de transport le plus adapté à son état de santé.

Ce dispositif devrait favoriser une meilleure affectation de la ressource de transports et permettre ainsi la régulation économique d'un secteur fortement inflationniste.

2. L'aboutissement de la convergence intersectorielle est repoussé à 2018

a) Il est nécessaire de reporter la date d'achèvement du processus de convergence intersectorielle

Comme le soulignait l'avis sur la situation des établissements de santé adopté le 23 avril 2009 par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, le sujet de la convergence intersectorielle laisse aujourd'hui encore subsister « *des zones où la connaissance et la compréhension des données économiques restent insuffisantes* » et justifie « *des études complémentaires et leur diffusion sur un mode qui permette concrètement la mise en œuvre de leurs conclusions* ».

Ces études complémentaires nécessaires sont en cours et il convient donc de les poursuivre, pour arriver à éclater plus finement l'écart résiduel entre les tarifs publics et privés et faire la part entre des différences dans la nature des charges qui justifient des écarts de tarifs et des différences de productivité qui ne peuvent fonder une différence de tarifs.

Par ailleurs, l'achèvement du calendrier de la convergence tarifaire intrasectorielle, qui reste fixé à 2012, impose d'ores et déjà un effort de restructuration important pour certains établissements publics de santé dans un contexte financier marqué par l'existence de situations déficitaires, 40 % des établissements réalisant un déficit sur leur compte de résultat pour un montant total de 803 millions d'euros.

Le rapport d'octobre 2008 au Parlement sur la convergence intersectorielle indique ainsi, au sujet du secteur public, qu'« *il faut souligner que l'évolution du tarif, dès lors qu'elle est inférieure à celle des charges consécutives à des contraintes exogènes pour les établissements de santé, conduit à un effet de restructuration fort du secteur public. Un tel constat met en évidence l'ampleur de l'effort à réaliser pour le secteur public dans le double objectif de la convergence intersectorielle pour 2012 et du plan de redressement des comptes de l'assurance maladie* ».

Dès lors, la soutenabilité des ajustements exigés pour les établissements publics exige également de ne pas réaliser une convergence intersectorielle à marche forcée.

C'est pourquoi, le projet de loi propose, afin de tenir compte de l'insuffisance des données et en raison de la nécessité de conforter la soutenabilité de la convergence intrasectorielle, de repousser l'achèvement de la convergence intersectorielle à 2018, en confirmant d'ailleurs ce que le Parlement avait déjà implicitement décidé lors du vote de l'article 1^{er} de la loi dite « HPST » prévoyant la transmission du rapport au Parlement sur le bilan du processus de convergence « *jusqu'en 2018* ».

Les calendriers d'atteinte des objectifs respectifs de convergence intrasectorielle et de convergence intersectorielle sont ainsi différenciés pour permettre de faire de la convergence intrasectorielle un préalable, qui rendra plus facile la mise en œuvre de la convergence intersectorielle, et de mener dans le même temps les travaux permettant d'éclairer le sujet de cette dernière.

b) Les efforts de convergence ne seront pas pour autant abandonnés

Si le report à 2018 de l'achèvement de la convergence intersectorielle se justifie pleinement et permettra d'étaler dans le temps les efforts d'efficience à réaliser par les établissements publics de santé, il a également pour conséquence de retarder les économies attendues pour l'assurance maladie d'une convergence orientée vers les tarifs du secteur privé, qui pourraient profiter à l'ensemble du secteur hospitalier.

À cet égard, il ne faudrait pas que le report la date d'achèvement du processus de convergence intersectorielle mette en difficulté le secteur des établissements privés de santé qui jouissent de l'estime des Français comme en témoigne, par exemple, la part de marché des cliniques privés en matière de chirurgie.

Les efforts visant la convergence intersectorielle ne doivent donc pas pour autant être interrompus et reportés à 2018.

C'est pourquoi il faut se féliciter que Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, ait indiqué lors de son audition par la commission des affaires sociales que, afin de ne pas interrompre le processus de convergence, des rapprochements tarifaires seront réalisés dès 2010 sur quelques dizaines de GHS pour une économie de 150 millions d'euros, concernant plus particulièrement les activités de chirurgie ambulatoire et de chirurgie légère.

3. Le financement des fonds médicaux et hospitaliers est assuré

L'article 35 du projet de loi de financement de la sécurité sociale assure la continuité des missions des deux fonds médicaux et hospitaliers que sont le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) dont le rôle est primordial pour les établissements de santé.

a) Le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins recevra 228 millions des régimes obligatoires d'assurance maladie

La fixation à 228 millions d'euros de la participation de l'assurance maladie au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) pour 2010, qui tient compte de l'important fonds de roulement dont dispose encore ce fonds, représente une augmentation de 20 % par rapport à la dotation pour 2009, qui s'élevait à 190 millions d'euros au terme de l'article 6 du projet de loi.

Cette augmentation significative de la dotation pour 2010 devrait utilement permettre d'assurer le développement des relations des agences régionales de santé avec les professionnels de santé libéraux.

Elle devrait notamment assurer les conditions de la réussite des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins créés par la loi dite « HPST » qui se sont substitués à des dispositifs peu lisibles localement et peu incitatifs à un exercice décloisonné des soins, et qui constitueront désormais un outil de contractualisation simplifié permettant à l'agence régionale de santé de s'engager avec les acteurs locaux en matière d'organisation et de qualité des soins.

b) le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés recevra 264 millions d'euros des régimes obligatoires d'assurance maladie

La participation à hauteur de 264 millions d'euros des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP représente une augmentation de près de 39 % par rapport à la participation fixée pour 2009.

Cette hausse significative est de nature à favoriser la réussite du plan « Hôpital 2012 », centré sur l'amélioration de l'efficacité hospitalière.

IV.- LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

Avec 12,2 milliards d'euros en 2008, 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 couvre néanmoins près de 19 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 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 2008 publiées par la direction des risques professionnels de la CNAMTS, relatives au seul régime général, met en évidence une diminution des accidents du travail qui s'inscrit dans une baisse tendancielle de long terme et une croissance significative des maladies professionnelles.

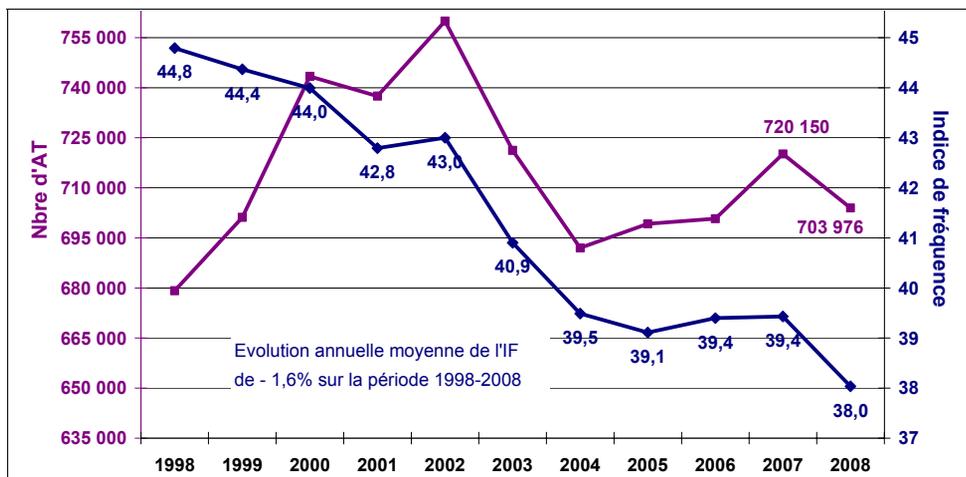
a) Le nombre d'accidents du travail diminue en 2008

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 orientation à la hausse sur les années 2005 à 2007, on note aujourd'hui un retour à une diminution du nombre des accidents du travail.

Évolution du nombre d'accidents du travail en 1^{er} règlement et de leur fréquence pour mille salariés sur la période 1998-2008



Source CNAMTS- Direction des risques professionnels/ Statistiques technologiques

L'année 2008 enregistre, en effet, à la fois une diminution de 2,2 % du nombre d'accidents du travail avec arrêt par rapport à l'année 2007 et une augmentation de l'activité salariée, avec une hausse des effectifs de 1,3 %, ce qui conduit à une diminution de l'indice de fréquence, qui atteint un niveau inédit de 38 accidents avec arrêt pour 1000 salariés en 2008.

Après plusieurs années à la hausse, le nombre de nouvelles incapacités permanentes s'inscrit à la baisse depuis 2006, avec une diminution de 5,1 % en 2008 par rapport à l'année précédente.

De même, le nombre de décès est aussi en baisse après une augmentation en 2006 et 2007, avec une diminution de 8,5% en 2008 par rapport à l'année précédente.

*Évolution du nombre d'accidents de travail pour les années
2004 à 2008**

	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre d'accidents avec arrêt	692 004 <i>-4,1%</i>	699 217 <i>1,0%</i>	700 772 <i>0,2%</i>	720 150 <i>2,8%</i>	703 976 <i>-2,2%</i>
Nombre d'accidents avec incapacités permanentes	51 771 <i>6,1%</i>	51 938 <i>0,3%</i>	46 596 <i>-10,3%</i>	46 426 <i>-0,4%</i>	44 037 <i>-5,1%</i>
Nombre de décès	626 <i>-5,3%</i>	474 <i>-24,3%</i>	537 <i>13,3%</i>	622 <i>15,8%</i>	569 <i>-8,5%</i>
Indice de fréquence	39,5 <i>-3,5%</i>	39,1 <i>-1,0%</i>	39,4 <i>0,7%</i>	39,4 <i>0,1%</i>	38,0 <i>-3,5%</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 liés à la manutention manuelle sont à l'origine de plus de 70 % des accidents du travail avec arrêt sur les trois dernières années. La manutention manuelle est la principale source d'accident : elle génère plus d'un tiers des accidents du travail avec arrêt (34,2 % en 2008) ; au sein des nouvelles incapacités permanentes, elle reste au premier plan, avec une proportion de 31,7 % de l'ensemble des nouvelles incapacités permanentes en 2008.

Les accidents de travail routiers demeurent toujours la principale cause de décès et leur part relative au sein des accidents mortels est en augmentation depuis 2007 (23,2 % des décès en 2008 et en 2007, contre 21,6 % en 2006).

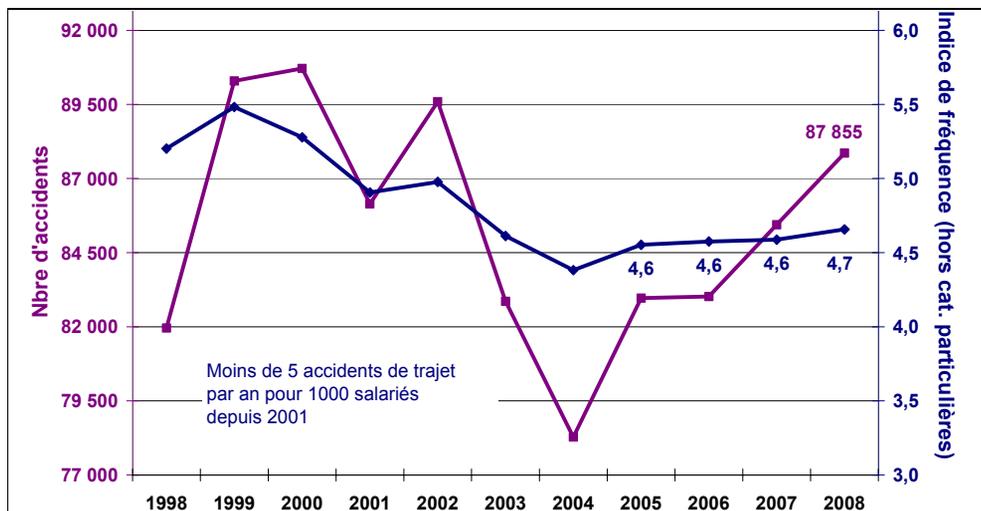
Le secteur du bâtiment et des travaux publics est le secteur qui enregistre encore en 2008, le plus d'incapacités permanentes et de décès, cependant l'orientation de leurs nombres est à la baisse, avec une diminution des incapacités permanentes de 6,3 % et une diminution des décès de 15,8 % (155 décès en 2008, contre 184 en 2007).

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 en 2003 et 2004, le nombre d'accidents de trajet avec arrêt est en augmentation pour les années 2005 à 2008, avec, en 2008, une augmentation de 2,8 % par rapport à 2007.

Évolution du nombre d'accidents de trajet en 1^{er} règlement et de leur fréquence pour mille salariés sur la période 1998-2008



Source CNAMTS- Direction des risques professionnels/Statistiques technologiques

Toutefois, le nombre d'incapacités permanentes consécutives aux accidents de trajet est orienté à la baisse depuis 2005, et enregistre en 2008 une nouvelle diminution de 7,2 % par rapport à l'année précédente. Après une augmentation en 2007, les accidents mortels retrouvent une orientation à la baisse en 2008 (- 4,9 % par rapport à 2007).

*Évolution du nombre d'accidents de trajet pour les années 2004 à 2008**

	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre d'accidents avec arrêt	78 280	82 965	83 022	85 442	87 855
	-5,5%	6,0%	0,1%	2,9%	2,8%
Nombre d'accidents avec incapacité permanente	10 089	9 593	8 856	8 646	8 022
	2,9%	-4,9%	-7,7%	-2,4%	-7,2%
Nombre de décès	486	440	384	407	387
	-4,3%	-9,5%	-12,7%	6,0%	-4,9%

* en italique, taux d'évolution annuelle

Source CNAMTS – Direction des risques professionnels/Statistiques technologiques

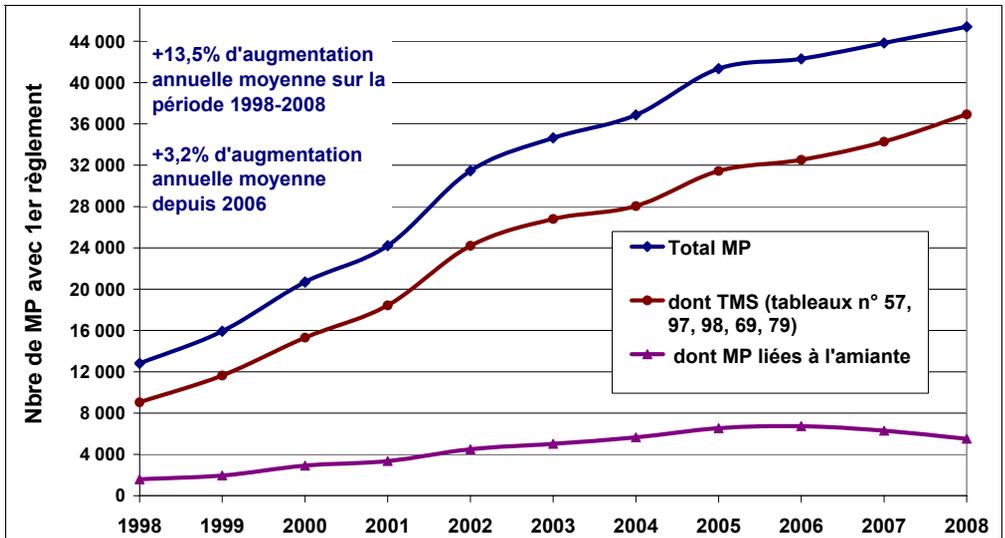
Le secteur des services enregistre encore en 2008 le plus grand nombre d'accidents de trajet avec arrêt (21 210 accidents), de nouvelles incapacités permanentes et de décès.

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 (MP) reste en augmentation en 2008, avec une hausse maintenue de 3,6 % par rapport à 2007.

Évolution du nombre de maladies professionnelles sur la période 1998-2008



Source CNAMTS- Direction des risques professionnels/ Statistiques technologiques

Les nouvelles incapacités permanentes liées aux maladies professionnelles sont en augmentation en 2008, avec une hausse de 2,2 % par rapport à l'année précédente. Après une forte augmentation du nombre de décès en 2004, ceux-ci ont diminué sur les années 2005 à 2007, mais sont en augmentation en 2008 (+ 1,2 % par rapport à 2007).

Évolution du nombre de maladies professionnelles pour les années 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de MP réglées	36 871 <i>6,4%</i>	41 347 <i>12,1%</i>	42 306 <i>2,3%</i>	43 832 <i>3,6%</i>	45 411 <i>3,6%</i>
Nombre de MP avec incapacité permanente	19 155 <i>21,9%</i>	21 507 <i>12,3%</i>	22 763 <i>5,8%</i>	22 625 <i>-0,6%</i>	23 134 <i>2,2%</i>
Nombre de décès	581 <i>19,8%</i>	493 <i>-15,1%</i>	467 <i>-5,3%</i>	420 <i>-10,1%</i>	425 <i>1,2%</i>

* en italique, taux d'évolution annuelle

Source CNAMTS- Direction des risques professionnels/ Statistiques technologiques

Les affections articulaires représentent 74,2 % des maladies professionnelles de l'année 2008 (avec une part représentative au sein des maladies professionnelles croissante d'année en année). Les affections et cancers dus à l'inhalation de poussières d'amiante représentent 12,1 % des maladies professionnelles en 2008 (contre 14,4 % en 2007). Les affections chroniques du rachis lombaire occupent toujours une part relativement importante, mais décroissante, des maladies professionnelles (5,9 % des maladies professionnelles de l'année 2008).

Dénombrement des maladies professionnelles en 1^{er} règlement pour les principaux tableaux de maladies professionnelles
(en italique, part représentative dans la colonne)

n° tableau et intitulé	2004	2005	2006	2007	2008
57 Affections articulaires	24 848 <i>67,4%</i>	28 278 <i>68,4%</i>	29 379 <i>69,4%</i>	30 968 <i>70,7%</i>	33 682 <i>74,2%</i>
30 Affections provoquées par les poussières d'amiante	4 831 <i>13,1%</i>	5 715 <i>13,8%</i>	5 864 <i>13,9%</i>	5 336 <i>12,2%</i>	4 597 <i>10,1%</i>
98 Affections chroniques du rachis lombaire charges lourdes	2 313 <i>6,3%</i>	2 260 <i>5,5%</i>	2 251 <i>5,3%</i>	2 406 <i>5,5%</i>	2 338 <i>5,1%</i>
42 Affections provoquées par les bruits	980 <i>2,7%</i>	1 198 <i>2,9%</i>	1 126 <i>2,7%</i>	1 214 <i>2,8%</i>	1 076 <i>2,4%</i>
30 bis Cancers broncho-pulmonaires dus à l'amiante	818 <i>2,2%</i>	821 <i>2,0%</i>	867 <i>2,0%</i>	956 <i>2,2%</i>	914 <i>2,0%</i>
97 Affections chroniques du rachis lombaire vibrations	410 <i>1,1%</i>	422 <i>1,0%</i>	411 <i>1,0%</i>	392 <i>0,9%</i>	377 <i>0,8%</i>
79 Lésions chroniques du ménisque	292 <i>0,8%</i>	299 <i>0,7%</i>	316 <i>0,7%</i>	360 <i>0,8%</i>	372 <i>0,8%</i>
65 Lésions eczématiformes de mécanisme allergique	351 <i>1,0%</i>	351 <i>0,8%</i>	315 <i>0,7%</i>	341 <i>0,8%</i>	298 <i>0,7%</i>
25 Pneumoconioses consécutives à l'inhalation de silice	307 <i>0,8%</i>	288 <i>0,7%</i>	320 <i>0,8%</i>	347 <i>0,8%</i>	274 <i>0,6%</i>

66 Rhinites et asthmes professionnels	315	292	259	249	244
	0,9%	0,7%	0,6%	0,6%	0,5%
69 Affections dues par les vibrations machines-outils	185	182	161	154	157
	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%
47 Affections provoquées par les poussières de bois	104	108	101	87	99
	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%
76 Maladies liées agents infectieux en milieu d'hospitalisation	58	93	52	64	98
	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%
08 Affections causées par les ciments	147	160	111	118	97
	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%	0,2%
Autres tableaux de MP	912	880	773	840	788
	2,5%	2,1%	1,8%	1,9%	1,7%
Ensemble des maladies professionnelles	36 871	41 347	42 306	43 832	45 411
	100%	100%	100%	100%	100%

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 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 commission 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 son budget prévisionnel 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 comités techniques nationaux assistent également la commission 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, la direction des risques professionnels 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), lesquelles caisses deviendront les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) le 1^{er} janvier 2010 en vertu de la loi dite « HPST », sont assistés, pour la gestion des risques AT-MP par des comités techniques régionaux 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 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 caisse régionale.

b) Le gouvernement a décidé d'élaborer un second plan Santé au travail

Préoccupation majeure des acteurs du monde du travail, la santé au travail demeure également un axe prioritaire de l'action gouvernementale qui s'inscrit dans le cadre de la « Stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail » pour les années 2007 à 2012, adoptée le 21 février 2007 par la Commission européenne, et fixant un objectif de réduction de 25 % du taux d'incidence des accidents du travail.

• *Le plan Santé au travail 2005-2009*

Le Gouvernement a poursuivi 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.

Ce plan d'organisation définit 23 mesures concrètes et prioritaires, qui visent à structurer l'action des pouvoirs publics, en concertation avec les partenaires sociaux. Ces mesures s'ordonnent principalement autour de quatre objectifs : développer la connaissance des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel ; renforcer l'effectivité du contrôle ; refonder les instances de concertation du pilotage de la santé au travail et encourager les entreprises à être acteurs de la santé au travail.

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, 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 a permis d'adapter les structures de pilotage de la santé au travail aux mutations socio-économiques, afin de renforcer la concertation entre les pouvoirs publics, qui fixent les normes, et les partenaires sociaux, qui demeurent les acteurs privilégiés de la prévention des risques professionnels.

La gouvernance de la prévention des risques professionnels a ainsi été refondée, d'abord au niveau national en adaptant aux nouvelles réalités et aux nouvelles formes d'actions le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP), qui constitue un élément central du système de reconnaissance de l'origine professionnelle des risques. Le décret du 25 novembre 2008 a ainsi créé le Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), qui a été installé le 30 avril 2009 par le ministre chargé du travail. Cette structure permanente a pour objet de formuler des recommandations et des propositions d'orientation en matière de conditions de travail, en disposant d'un large pouvoir d'initiative. Par ailleurs, un Observatoire de la pénibilité dans les secteurs public et privé a été adossé à ce conseil.

Au niveau local, la réforme des instances de pilotage de la prévention des risques professionnels s'est concrétisée par la création, dans chaque région, des comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP-décret n° 2007-761 du 10 mai 2007).

Ces comités constituent, au niveau régional, une instance de dialogue et d'échanges au sein de laquelle l'ensemble des acteurs régionaux et locaux impliqués dans la prévention en milieu de travail, rassemblés pour la première fois, coordonnent leurs actions et bâtissent une politique relayant ou complétant la politique nationale, articulée avec la politique de santé publique.

- *Le second plan Santé au travail (PST 2)*

Lors de l'installation, le 30 avril 2009, du Conseil d'orientation sur les conditions de travail, le ministre chargé du travail a annoncé l'élaboration d'un plan Santé au Travail 2 dans un cadre largement concerté avec la branche AT-MP et les partenaires sociaux.

Ce plan constituera la feuille de route 2010-2014 de la stratégie nationale en santé et sécurité au travail et portera l'effort sur les risques existants et émergents et en particulier sur les grandes catégories de risques que sont le risque cancérogène ⁽¹⁾, les troubles musculo-squelettiques (TMS) ⁽²⁾ et le stress et les violences au travail ⁽³⁾. Ce plan tiendra compte des actions du premier plan et ses résultats seront mesurés par un tableau de bord assorti d'indicateurs chiffrés.

Il devrait comporter quatre axes principaux :

- l'amélioration de la recherche et de la connaissance ;
- la poursuite d'une politique active de prévention des risques professionnels en développant une approche prioritaire par risques (risques chimiques et CMR ⁽⁴⁾, troubles musculo-squelettiques, risques psychosociaux), par catégories de publics (jeunes, travailleurs vieillissants) et par secteurs d'activité confrontés à un niveau de sinistralité élevé ;
- les démarches de prévention dans les entreprises, et notamment les PME et TPE ;
- le pilotage et l'animation du plan.

Ce plan devra assurer une bonne articulation avec les autres plans gouvernementaux (plan national santé environnement 2, plan cancer 2) comprenant des mesures touchant à la prévention des risques professionnels et avec les priorités de la branche AT-MP de la CNAMTS fixées dans la convention

(1) 13,5% de la population active, soit plus de 2 millions de salariés, seraient exposés à au moins un agent cancérogène sur leur lieu de travail (source : DARES - enquête SUMER) et moins de la moitié des entreprises ont procédé à une évaluation des risques intégrant l'utilisation d'agents cancérogènes.

(2) Les TMS représentent près de 75% des maladies professionnelles reconnues par la Sécurité sociale et 736 millions d'euros de frais couverts par les cotisations des entreprises. Chaque année, les TMS contribuent, compte tenu des restrictions d'aptitude qu'elles entraînent, à exclure des salariés du monde professionnel et font perdre 7,5 millions de journées de travail.

(3) Le coût social du stress et des violences au travail, qu'il s'agisse d'antidépresseurs ou de journées d'arrêt maladie, est évalué entre 800 millions et 1,2 milliard d'euros.

(4) Cancérogène, Mutagène et Reprotoxique.

d'objectifs et de gestion pour la période 2009-2012. Il prendra en compte les résultats de la négociation sur la médecine du travail et comprendra une déclinaison régionale des objectifs nationaux, dans le cadre des comités régionaux de prévention des risques professionnels.

Avec ce second plan Santé au travail, le Gouvernement ambitionne d'une part, de rénover la démocratie sociale, en confiant au Conseil d'orientation sur les conditions de travail un rôle primordial dans le cadre de la construction du plan, et d'autre part, d'améliorer la qualité de vie au travail dans une perspective d'augmentation des taux d'activité de la population à tous les âges de la vie.

Des groupes de travail du comité permanent du Conseil d'orientation sur les conditions de travail se réuniront au dernier trimestre 2009 pour construire ce nouveau plan.

Le ministre du travail, M. Xavier Darcos, a par ailleurs récemment annoncé le 9 octobre 2009, à l'issue d'une réunion exceptionnelle du conseil d'orientation, organisée à la suite des suicides chez France Télécom, un plan d'action d'urgence pour la prévention du stress au travail destiné à mobiliser les employeurs des secteurs privé et public sur la problématique des risques psychosociaux et a indiqué que ces mesures seraient reprises par le plan Santé au travail pour 2010-2014.

Le plan d'urgence pour lutter contre les risques psychosociaux

Le ministre du travail a demandé aux 2 500 entreprises de plus de 1 000 salariés d'ouvrir des négociations sur la prévention du stress au travail, en transposant l'accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008 conclu par les partenaires sociaux visant à « augmenter la prise de conscience et la compréhension du stress au travail par les employeurs, les travailleurs et leurs représentants ; attirer leur attention sur les signes susceptibles d'indiquer des problèmes de stress au travail et ce le plus précocement possible ; fournir aux employeurs et aux travailleurs un cadre qui permette de détecter, de prévenir, d'éviter et de faire face aux problèmes de stress au travail ».

L'accord de 2008 transpose l'accord européen du 8 octobre 2004 mettant l'accent sur les moyens de prévention, notamment par l'établissement d'une liste d'indicateurs à recueillir et de facteurs de stress à identifier dans les entreprises.

À défaut d'accord sur la transposition de l'accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008, les entreprises devront réaliser un diagnostic et un plan d'action d'ici le 1^{er} février 2010.

Le ministre a également demandé aux directions régionales des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi d'organiser dans chaque région un séminaire pour permettre aux entreprises, repérées pour leurs bonnes pratiques, d'exposer ces dernières aux partenaires sociaux. L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) et ses agences régionales pourraient y participer, tout comme les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail pour la branche AT-MP.

Concernant les PME et les TPE, le ministre a annoncé qu'une politique d'information sur les risques psychosociaux sera mise en œuvre et des outils de diagnostic et des indicateurs d'action mis à leur disposition avec l'appui de l'ANACT, de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) et des services de santé au travail.

En outre, les directions régionales devront veiller à ce que, pour toutes les entreprises engagées dans un processus de restructuration, la prévention des risques psychosociaux soit bien prise en compte.

Enfin, une cellule de veille dédiée aux questions relatives aux risques psychosociaux sera placée auprès du directeur général du travail.

c) L'AFSSET, mesure phare du plan Santé au travail 2005-2009 est aujourd'hui opérationnelle

La mise en place de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) constitue l'une des mesures phares du premier plan Santé au travail 2005-2009. Il s'agit d'une avancée significative, dans la mesure où les pouvoirs publics ne disposaient pas auparavant d'une expertise publique indépendante en matière de risques professionnels alors que les milieux de travail sont exposés à certains risques, notamment biologiques ou chimiques.

L'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 a 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. Pour mener à bien ses missions, elle prend ainsi appui sur un réseau d'organismes experts ou de recherche (21 au total dont l'Institut de veille sanitaire, l'INRS, l'Agence française de sécurité des aliments, l'INSERM, le CNRS...) avec lesquels elle a noué des relations contractuelles de partenariat.

Par ailleurs, l'agence a vu ses moyens renforcés et confirmés. Outre la poursuite de la politique de recrutement de scientifiques de haut niveau (40 agents

auront ainsi été recrutés au titre des années 2005-2008), un contrat d'objectifs et de moyens a été signé le 17 avril 2007 entre l'agence et ses trois ministères de tutelles.

Ce contrat fixe et consolide les orientations stratégiques de l'agence sur la période 2008-2011, en lui assignant des objectifs détaillés, auxquels sont annexés des indicateurs qui permettront d'en assurer le suivi.

Concernant le champ des risques professionnels, l'AFSSET a, depuis 2005, 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 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 des substances dangereuses, en prenant en compte les aspects « effets sur la santé » et « métrologie », et la substitution des produits cancérigènes, 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 aujourd'hui désormais opérationnelle et a rendu publics, entre 2007 et 2009, les résultats de ses premiers travaux, parmi lesquels des expertises portant sur l'azote liquide, l'évaluation de l'exposition aux fibres céramiques réfractaires et aux fibres de verre à usage spécial, l'exposition au formaldéhyde dans l'air intérieur, l'exposition des travailleurs de l'industrie et de la recherche aux nanomatériaux. Elle poursuit ses travaux d'évaluation des risques sur l'ensemble des saisines qui lui ont été confiées par ses trois ministères de tutelle, et a été sollicitée dans le cadre de nouveaux dossiers tels que l'évaluation de l'efficacité des combinaisons de protection contre les produits chimiques.

Des avis sont également parus sur les risques liés à l'utilisation de l'azote liquide dans le cadre des activités d'assistance médicale à la procréation, sur les éthers de glycol et sur les impacts sanitaires du bruit généré par les éoliennes. Des recommandations pour limiter l'exposition de la population générale au formaldéhyde ont aussi été publiées, ainsi qu'une évaluation du risque sanitaire lié à l'utilisation d'additifs facilitant la fabrication de la neige de culture.

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. Sa contribution au dispositif français de mise

en œuvre du règlement européen REACH (enregistrement, évaluation, autorisation et restrictions relatifs aux substances chimiques) a ainsi été définie dans une communication interministérielle du 13 décembre 2006. Un protocole d'accord approuvé par le conseil d'administration de l'agence du 25 septembre 2007 a défini les modalités d'organisation de l'expertise à cette fin et a précisé les rôles respectifs de l'AFSSET et du Bureau d'évaluation des risques des produits et agents chimiques. À la mi-2009, l'AFSSET a repris les activités du bureau d'évaluation, avec les 20 postes budgétaires correspondants. À la suite de cette réforme, le dispositif d'expertise des produits chimiques, notamment dans le cadre du règlement européen REACH, voit sa cohérence renforcée.

Il convient de souligner que la loi dite «HPST» a habilité le Gouvernement à créer par ordonnance un nouvel établissement public reprenant les missions exercées par l'AFSSET et par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments.

d) Deux conférences sociales ont permis de relancer le dialogue social

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

En effet, les conférences sur les conditions de travail du 4 octobre 2007 et du 27 juin 2008 ont permis de prolonger les objectifs du plan Santé au travail, en renforçant les mesures de coordination des acteurs de la prévention et en déterminant, sur la base des travaux de groupes de travail et de concertations élargies, des priorités d'actions.

Deux documents d'orientation élaborés par les pouvoirs publics ont ainsi été transmis aux partenaires sociaux en matière de réforme de la médecine du travail ainsi que sur les missions et des moyens du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), les dispositifs d'alerte et le cadre d'un dialogue social sur les conditions de travail dans les TPE-PME.

Enfin, le rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux (mars 2008) de MM. Philippe Nasse, magistrat honoraire, et Patrick Légeron, médecin psychiatre, examiné lors de la deuxième conférence sur les conditions de travail du 27 juin 2008, fait actuellement l'objet de travaux en vue d'en transposer les principales propositions (élaboration d'une enquête nationale confiée à l'INSEE, diffusion des bonnes pratiques, recensement des suicides...).

B. LE RÉSULTAT DE LA BRANCHE AT-MP S'AMÉLIORE EN 2008 MAIS DEVRAIT REDEVENIR TRÈS DÉFICITAIRE EN 2009

Le fait caractéristique majeur de l'exercice 2008 réside dans l'amélioration significative du solde de la branche AT-MP, qui se traduit par l'existence, pour la

première fois depuis 2001, d'un solde excédentaire de la branche. Toutefois, les prévisions font état d'un résultat très déficitaire pour l'exercice 2009.

1. L'amélioration du solde de la branche en 2008

Le compte de résultat de la branche AT-MP de l'exercice 2008 se caractérise par un excédent de 241 millions d'euros, faisant suite à un déficit de 455 millions d'euros en 2007.

Comme le souligne le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2009, l'exercice 2008 a été marqué par un recul des charges nettes (- 1,4 %, soit 150 millions d'euros, après la forte hausse de + 9,8 % en 2007) et des recettes dynamiques (+ 5,3 % en 2008).

La contraction des charges résulte en premier lieu de l'atténuation des facteurs exceptionnels de charges constatés en 2007. Ainsi, la provision au titre du déficit du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) représente 23 millions d'euros en 2008, contre 150 millions d'euros inscrits en 2007. En second lieu, cette contraction s'explique par un recul marqué des dépenses en établissements sanitaires qui chutent de près d'un tiers en 2008, ce qui représente une diminution de charges de 190 millions d'euros. Par ailleurs, la progression des autres charges a été plus contenue en 2008 qu'en 2007. Les soins de ville hors indemnités journalières n'ont augmenté que de 0,3 %. De même, les prestations d'incapacité permanente ont poursuivi leur ralentissement (+ 1,9 % en 2008 après + 2,9 % en 2007) et la croissance des indemnités journalières, qui représente 22 % des charges nettes de la branche, s'est infléchie, même si elle reste forte (+ 5,6 % contre + 7,3 % en 2007).

S'agissant des produits, une masse salariale encore dynamique (+ 3,6 %) et la suppression des exonérations ciblées ont porté la hausse des produits nets qui ont progressés de 5,3 % en 2008.

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 de l'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 ces deux fonds 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 son équilibre, comme l'indique le tableau ci-après.

Le poids du financement des deux fonds continue, en effet, de s'accroître tendanciellement.

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

(En millions d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
au FCAATA	450	500	600	700	800	850	880
au FIVA	190	100	200	315	315	315	315
Total annuel	640	600	800	915	1 115	1 115	1 165
Total cumulé	1 867	2 467	3 267	4 182	5 297	6 412	7 577

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

Les dotations de la branche AT-MP au FIVA et au FCAATA sont ainsi passées de 103 millions d'euros en 2000 à 600 millions d'euros en 2004 et 1 115 millions d'euros en 2008. Le poids du financement de ces deux fonds pèse globalement sur la branche AT-MP, qui supporte environ 90 % des dépenses.

Une part croissante des ressources de la branche (18,1 % en 2008) est ainsi utilisée à l'indemnisation des victimes de l'amiante. Les seuls transferts au profit des deux fonds ont représenté, en 2008, plus de 10 % de l'ensemble des ressources de la branche, contre 7 % en 2001. La progression observée se traduit par un poids croissant de la majoration forfaitaire appliquée aux taux de cotisation supportés par les entreprises pour couvrir ces charges.

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 2010, l'article 43 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 (inchangé par rapport à 2009) et celle versée au FIVA à 315 millions d'euros (inchangé par rapport à 2009).

3. Le solde de la branche devrait devenir très déficitaire en 2009

D'après le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2009, le résultat de la branche AT-MP devrait fortement se dégrader en 2009, pour s'établir à un déficit de 605 millions d'euros.

Les charges nettes retrouveraient une forte croissance en 2009 (+ 5,9 %) et les recettes marqueraient un recul de 2,1 %. En conséquence, le solde se dégraderait de 846 millions d'euros.

La hausse des charges serait largement imputable à l'augmentation de 300 millions d'euros du transfert à la CNAMTS au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, ainsi qu'aux indemnités journalières, en hausse de 6,1 %, qui conserveraient une progression très rapide.

Du côté des produits, les recettes de la branche seraient significativement dégradées en 2009 en raison d'un contexte économique très défavorable. Le produit des cotisations, en baisse de 2,1 %, reculerait à un rythme voisin de celui de la masse salariale et les produits nets reproduiraient la baisse des cotisations.

C. LA RÉFORME DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES A ÉTÉ AMORCÉE

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* ».

1. La gouvernance de la branche AT-MP a été repensée

a) L'accord interprofessionnel portant sur la gouvernance de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du 5 avril 2006

Dans le cadre de l'article 54 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, les partenaires sociaux (MEDEF, UPA, CGPME, CFDT, FO, CFTC) ont signé le 5 avril 2006 un accord interprofessionnel portant sur la gouvernance de la branche, qui consacre la volonté d'identifier mieux cette branche au sein de la CNAMTS et d'affirmer le rôle des partenaires sociaux.

La traduction de cette volonté les a ainsi conduits à proposer que la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles dispose de pouvoirs renforcés par rapport à la CNAMTS, à institutionnaliser la fonction de directeur des risques professionnels tout en déterminant les règles de sa nomination et à organiser l'articulation entre les deux branches par le biais d'une convention d'objectifs et de gestion.

b) Les évolutions législatives et réglementaires

Compte tenu de l'importance du sujet, le ministre chargé du travail 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 interprofessionnel de 2006. Elle a donné lieu à un rapport remis en juin 2008, qui

conclut que l'ensemble des partenaires sociaux considèrent que, si quelques mesures relèvent d'une transposition législative, la plupart sont déjà traduites en termes législatifs ou réglementaires ou relèvent de mesures internes à la branche.

Ont ainsi été intégrées dans la convention d'objectifs et de gestion de la branche AT-MP (2009-2012) signée entre l'État et le CNAMTS le 28 décembre 2008, les mesures relatives :

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

– au renforcement de la coordination du réseau, notamment par la formalisation des relations avec l'Institut national de recherche et de sécurité ;

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

Certaines des évolutions de la gouvernance de la branche prévues par l'accord interprofessionnel appellent des mesures législatives. Il s'agit en particulier de la définition des missions du directeur des risques professionnels, des conditions de sa nomination ou encore de l'organisation régionale et locale des caisses.

À ce titre, deux mesures ont déjà été introduites dans la loi dite « HPST ». En effet, l'article 128 (4° et 5° du II) de cette loi qui réaffirme le rôle des caisses régionales d'assurance maladie (qui deviendront les caisses d'assurance retraite et de santé au travail à compter du 1^{er} janvier 2010) dans la gestion de la branche AT-MP institue un strict paritarisme au niveau régional et met en place une commission régionale associant des membres du conseil d'administration et des membres des comités techniques nationaux.

Deux autres mesures pourraient, en outre, être envisagées afin de répondre plus complètement à la demande des partenaires sociaux :

– l'institutionnalisation de la fonction de directeur des risques professionnels qui pourrait être choisi par la Commission des AT-MP sur la base d'une liste de trois noms proposés par l'État ;

– le directeur général de la CNAMTS pourrait, en vue d'assurer une meilleure coordination de la branche AT-MP avec la branche maladie, soumettre à l'accord de la Commission des AT-MP un protocole permettant une déclinaison de la Convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS et définissant des engagements précis à l'égard de la branche AT-MP.

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.

2. Des réflexions sur une évolution des règles de tarification ont été engagées

Le système de tarification AT-MP fait l'objet de critiques récurrentes et de propositions plus ou moins radicales de modification.

La Cour des comptes a consacré, dès février 2002, un rapport public particulier aux accidents du travail et aux maladies professionnelles⁽¹⁾ qui soulignait la complexité d'un dispositif dont la justification pouvait être la recherche de l'individualisation des cotisations, mais qui ne se traduisait pas dans les faits, en raison de la forte mutualisation de ce dispositif.

D'autres propositions de réforme profonde du système de tarification sont intervenues depuis, qu'il s'agisse du rapport de l'IGAS de 2004⁽²⁾ complété par celui du groupe d'appui présidé par M. Bras en 2007⁽³⁾ ou du rapport Fouquet relatif aux cotisations sociales de juillet 2008.

a) Les orientations du protocole d'accord du 12 mars 2007

En matière de tarification, les signataires du protocole d'accord du 12 mars 2007 sur la prévention, la réparation et la tarification ont décidé de se situer dans le cadre du système actuel pour l'améliorer et non de le réformer.

Ainsi, ce protocole d'accord 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 par le protocole d'accord 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* ».

b) Le projet de simplification des règles de tarification et de rénovation des incitations financières

Conformément aux orientations de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et à la convention d'objectifs et de moyen AT-MP, un projet de simplification des règles de tarification et de rénovation des incitations financières à la prévention des risques professionnels a été élaborée,

(1) *Rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, septembre 2002.*

(2) « *Tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles* », présenté par Pierre-Louis Bras et Valérie Delahaye-Guillocheau, membres de l'IGAS, novembre 2004.

(3) « *Réformer la tarification pour inciter à la prévention* », rapport du groupe d'appui aux partenaires sociaux, septembre 2007.

après concertations approfondies avec les membres de la commission et les organisations qu'ils représentent. C'est à l'unanimité des partenaires sociaux que ce projet a invité la branche à aller plus loin que l'accord des partenaires sociaux de 2007, en modifiant notamment les conditions d'imputation au compte employeur.

Ce projet est sous tendu par la volonté de mettre les caisses à l'abri des nombreux contentieux auxquels elles ont à faire face actuellement sachant qu'on estime à 400 millions d'euros de remboursement ou de pertes de cotisations le coût des contentieux liés à la complexité du dispositif actuel de tarification. À cet égard, un décret publié le 29 juillet 2009 est venu récemment clarifier les « règles du contradictoire », que devront désormais respecter les caisses primaires et devrait être de nature à réduire les contentieux.

Le projet proposé a pour objectif une tarification simplifiée et plus lisible. Il est en effet de la responsabilité de la branche AT-MP de s'interroger sur l'optimisation du dispositif de tarification, dans le but de concilier l'impératif de financement, l'objectif d'incitation à la prévention et la simplicité de gestion du système, tant pour les entreprises que pour les organismes de sécurité sociale chargés de le mettre en œuvre.

Cet objectif de simplification et de lisibilité de la tarification passe en premier lieu par la simplification des modes d'imputations aux comptes employeurs, en prévoyant des imputations par catégorie de sinistres selon des tarifs calculés sur la base de coûts moyens. Le principe consiste à imputer une fois pour toute, après chaque accident ou maladie, un montant choisi dans une grille de tarifs estimés en fonction du degré de gravité du sinistre. Le cas échéant (moins de 5 % des cas), une seconde imputation aura lieu selon le même principe (en une seule fois et en fonction de la gravité) si la personne après consolidation a des séquelles permanentes durables et reçoit, à ce titre, une prestation d'incapacité permanente (capital ou rente).

Il s'appuie également sur le resserrement des seuils d'effectif pour la tarification mixte. Il prévoit, enfin, la modification du mode de calcul des taux des sections d'établissements pour les entreprises multi-établissements, afin d'offrir à l'entreprise l'option d'un calcul sur la valeur du risque de l'ensemble de ses sections rattachées à un même risque.

Les évolutions proposées par ce projet de simplification des règles de tarification et de rénovation des incitations financières à la prévention des risques professionnels ont pour principal objectif le renforcement du caractère incitatif de la tarification à la prévention et vise :

– une répercussion plus rapide dans la tarification de l'entreprise du coût des AT-MP, grâce à l'utilisation d'une grille de coûts moyens en fonction de la gravité. Cela permettra dès l'année qui suit le sinistre, de fixer une fois pour toutes les conséquences de celui-ci sur la tarification ;

– une augmentation de la part individuelle du taux pour les entreprises de taille intermédiaire qui sont celles dont la sinistralité est la plus élevée, au moyen d'un resserrement des seuils de tarification mixte, conformément à l'accord inter-professionnel de 2007 ;

– la facilitation, pour les entreprises multi-établissements, du développement d'une politique globale de prévention sur l'ensemble de leurs sites d'activité ;

– une simplification et une plus grande lisibilité des évolutions du taux de cotisation pour les entreprises ; elles favorisent la prévisibilité de la tarification et réduisent l'incertitude sur les conséquences financières des sinistres, par exemple en cas de reprise d'entreprises.

En pratique, ces évolutions seront mises en œuvre progressivement : ce sont les AT-MP reconnus en 2010 qui seront les premiers concernés par les nouvelles règles d'imputation avec une prise en compte dans le taux de cotisation à partir de 2012, le plein effet de la réforme n'intervenant qu'en 2014.

D. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010 RENFORCE LES INCITATIONS À LA PRÉVENTION

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 met délibérément l'accent sur la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

1. Le régime juridique des cotisations supplémentaire s'est amélioré

L'article 42 du projet de loi prend acte des limites actuelles des cotisations supplémentaires que les caisses régionales d'assurance maladie peuvent imposer, aux termes de l'article L. 242-7 du code de la sécurité sociale aux entreprises, lorsque l'exploitation présente des risques exceptionnels révélés notamment par une infraction aux règles d'hygiène et de sécurité ou lorsqu'elle n'observe pas les mesures de prévention édictées par les caisses régionales de sécurité sociale.

En effet, si les cotisations supplémentaires sont un outil qui favorise une accélération de la mise en œuvre des mesures de prévention dans les entreprises, notamment pour les dangers graves et imminents dans la mesure où il lie le risque et les conseils de prévention pour le maîtriser et où il ne s'éteint que quand les mesures de prévention ont été prises, leur régime juridique présente néanmoins certaines faiblesses.

En premier lieu, la majoration de cotisation ne dure que tant que l'injonction n'est pas levée, c'est-à-dire tant que l'entreprise n'a pas apporté la preuve de la réalisation de la mesure de prévention du risque. Mais le risque peut

aussi disparaître avec l'arrêt du chantier (souvent de courte durée pour certaines activités du BTP), en quel cas la majoration de cotisation n'est plus maintenue.

Par ailleurs, la répétition du même risque sur les différents chantiers ou établissements d'une même entreprise, nécessite aujourd'hui d'avoir à le constater au cas par cas (répétition d'injonctions), alors même que l'entreprise est informée du risque par la première injonction. En effet, la récidive ne s'applique pas aux autres établissements d'une même entreprise qui génèrent le même risque, avec la même absence de mesure de prévention, mais qui n'ont pas encore eu d'injonction.

L'entreprise peut ainsi parfaitement exécuter les mesures prescrites dans le délai prescrit sur l'établissement, qui a fait l'objet d'une injonction, mais ne pas pérenniser, ou ne pas appliquer ces mesures dans d'autres établissements ou de nouveaux chantiers, le même équipement pouvant être déménagé d'un chantier à l'autre en fonction du passage des organismes de contrôle, dans le délai donné dans la nouvelle injonction (injonctions dites « essuie-glace »).

Enfin, les cotisations supplémentaires sont souvent trop faibles pour être incitatives et, en l'absence de majoration minimale « plancher », on constate souvent des difficultés de recouvrement des cotisations par les URSSAF pour des majorations courant sur quelques jours.

C'est pourquoi l'article 42 instaure un montant plancher pour ces cotisations supplémentaires, afin de les rendre réellement dissuasives et d'accroître l'efficacité des mesures de prévention.

Parallèlement, une nouvelle possibilité d'imposer une cotisation supplémentaire, sans recourir à la procédure lourde de l'injonction préalable dès lors qu'une première injonction aura déjà été adressée à cet établissement ou à un autre établissement de l'entreprise pour des situations particulièrement graves de risque exceptionnel, est ouverte afin de renforcer l'efficacité du dispositif.

2. Le système expérimental des subventions est généralisé

Tirant les conséquences du dispositif expérimental mis en place au niveau des caisses régionales d'assurance maladie prévoyant des aides financières simplifiées pour les entreprises de moins de 50 salariés sur la base de l'article R.422-8 du code de la sécurité sociale, l'article 42 donne une base législative à l'octroi par les futures caisses de retraite et de santé au travail, d'aides financières simplifiées, sous forme de subventions directes aux petites entreprises dans le cadre d'enveloppes limitatives.

La réussite du dispositif expérimental a montré que ces aides financières, en faveur des entreprises qui réalisent des actions de prévention, sont simples à mettre en œuvre pour être adaptées au public des plus petites d'entre elles. Elles prennent, en effet, la forme de subventions directes, à la différence des contrats de

prévention classiques, qui passent préalablement par des avances financières et nécessitent surtout la signature de conventions nationales d'objectif.

Les entreprises qui seront éligibles aux programmes nationaux de prévention définis par la CNAMTS ou aux programmes locaux définis par une caisse régionale d'assurance maladie, pourront ainsi se voir accorder des subventions par celle-ci, dans des conditions qui seront précisées par arrêté.

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

L'article 43 du projet de loi de financement de la sécurité sociale assure la continuité de la prise en charge des victimes de l'amiante.

Ainsi, le montant de la contribution de la branche AT-MP au financement du FCAATA est fixé à 880 millions d'euros au titre de l'année 2010 tandis que celui destiné au FIVA est fixé à 315 millions d'euros.

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

Dans son rapport remis au Parlement en juillet 2008, 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 millions d'euros.

Pour tenir compte de ces nouvelles préconisations, le projet de loi de financement de la sécurité sociale maintient l'augmentation de la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie à 710 millions d'euros comme en 2009, afin de tenir plus justement compte des phénomènes de sous-déclarations.

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

La commission a examiné les articles relatifs à la branche assurance maladie et accidents du travail, sur le rapport de M. Jean-Pierre Door, au cours de ses séances des mardi 20 et mercredi 21 octobre 2009.

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2009

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 6

Dotations au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)

Le présent article a pour objet de rectifier le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement, pour l'année 2009, au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

1. Le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

a) L'organisation du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

- *Les missions du Fonds*

L'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, dont les dispositions concernées sont codifiées à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, a institué au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) un Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) qui a pour missions de financer :

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

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

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

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

Le FIQCS doit également 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 ;

– 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.

Jusqu'en 2007, ces missions étaient partagées entre deux fonds dont l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a organisé la fusion au sein du FIQCS : la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) et le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

On soulignera que la loi dite « HPST » a étendu les missions du FIQCS.

En effet, son article 118, dont les dispositions concernées sont codifiées à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique, permet aux agences régionales de santé (ARS) de proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux pôles de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux ainsi qu'aux réseaux de santé d'adhérer à des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins et leur ouvrant droit à une contrepartie financière, imputée notamment sur les dotations régionales du FIQCS.

De plus, l'article 41 de la même loi a inséré, dans le code de la santé publique, un article L. 6323-5 qui prévoit la possibilité pour les réseaux, centres, maisons et pôles de santé de percevoir une dotation du FIQCS destinée à financer l'exercice coordonné des soins en leur sein, dès lors qu'ils ont signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec une agence régionale de santé.

● *Le fonctionnement du FIQCS*

L'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale fixe les règles de gouvernance du FIQCS. Au niveau national, celui-ci dispose :

– d'un organe exécutif : le comité national de gestion, composé à parité des représentants de l'État et du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et présidé alternativement par la directrice

de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et par le directeur général de l'UNCAM. Ce comité définit la politique du fonds, évalue ses besoins de financement, établit une proposition de budget et contrôle son exécution ;

– d'un organe délibérant : le conseil national de la qualité et de la coordination des soins (CNQCS), 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 est chargé de délibérer sur les orientations proposées par le comité national de gestion et de donner un avis concernant la répartition des parts de crédits nationaux et régionaux ;

– du bureau de ce conseil, qui est chargé de piloter des expérimentations relatives aux soins de ville au niveau national et dispose à cet effet d'une enveloppe de crédits.

Cette organisation est déclinée à l'échelle de chaque région, où le FIQCS dispose d'un exécutif, aujourd'hui confié aux missions régionales de santé créées par l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale pour exercer les compétences conjointes aux unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et aux agences régionales de l'hospitalisation. Il dispose aussi d'un organe délibérant régional – le conseil régional de la qualité et de la coordination des soins –, dont le bureau est chargé de mettre en œuvre des expérimentations locales au moyen d'enveloppes financières spécifiques. Toutefois, à partir de l'entrée en vigueur de l'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 précitée, fixée au 1^{er} juillet 2010 au plus tard par l'article 131 de la même loi, l'enveloppe régionale du FIQCS sera déléguée aux agences régionales de santé.

En application de l'article L. 221-1-1 précité, une fraction importante des crédits du FIQCS est réservée au financement d'actions à caractère régional, représentant pour 2009 242,5 millions d'euros sur les 320 millions d'euros de dotations totales. Cette enveloppe régionale est gérée par les missions régionales de santé pour 199 millions d'euros, et par les conseils régionaux de la qualité et de la coordination des soins pour les 43,5 millions d'euros restant.

L'enveloppe nationale du FIQCS s'élevait en 2009 à 77,5 millions d'euros, gérés pour 5,6 millions d'euros par le bureau du conseil national de la qualité et de la coordination des soins et pour 11,9 millions d'euros par le comité national lui-même, tandis que les 60 millions d'euros restants sont affectés au financement du projet de dossier médical personnel.

L'article L. 221-1-1 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) Réduction du montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FIQCS

Le I de l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a fixé à 240 millions d'euros le montant de la contribution des régimes

obligatoires d'assurance maladie. De plus, le FIQCS a bénéficié, en 2009, d'un report de crédit évalué à 144 millions d'euros par les documents d'évaluation préalable joints au projet de loi.

Toutefois, il apparaît que le FIQCS ne consommera pas au cours de l'exercice 2009 l'intégralité de ces ressources. En effet, si les enveloppes régionales présentent un taux de consommation atteignant 83 %, l'enveloppe nationale ne serait consommée qu'à hauteur de 37 %, selon les documents d'évaluation précités. Ainsi, le FIQCS présenterait un excédent de 167,4 millions d'euros en 2009.

Aussi, pour tenir compte de cette sous-consommation des crédits du FIQCS au cours de l'exercice 2009, le I du présent article propose de réduire de 50 millions d'euros le montant de sa dotation pour 2009, en l'abaissant de 240 à 190 millions d'euros. Cette réduction n'affectera pas les projets soutenus par le FIQCS, dont le solde présentera toujours un excédent de 117,4 millions d'euros, comme le montre le tableau ci-après.

*Évolution des Crédits du fonds d'intervention
pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)*

En million d'euros	2008		2009	
	Ressources	Dépenses	Ressources	Dépenses ^P
Dotation	231		240	
consommation enveloppe nationale		17,1		15,6
consommation enveloppe régionale		193,7		201
Fonds de roulement	124		144	
Total	355	210,8	384	216,6
Plafond de dépenses		355		340
Excédent avant gel	144,2		167,4	
Excédent après gel	74,2		117,4	

^P : prévisionnel en fonction des dernières estimations

Source : documents d'évaluation préalable présentés avec le projet de loi

2. L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)

a) L'organisation de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

- *Les missions de l'Établissement*

L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) a été créé 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 en vue d'améliorer la gestion des moyens humains et matériels de réponse opérationnelle aux crises sanitaires.

L'article L. 3135-1 du code de la santé publique, créé par cette loi, définit comme suit les trois principales missions de l'EPRUS :

– assurer « *la gestion administrative et financière de la réserve sanitaire* » créée par la même loi : c'est en effet le directeur général de l'EPRUS qui est chargé de recruter des réservistes parmi les professionnels de santé – et, sous certaines conditions, les étudiants en formations médicales et paramédicales – ainsi que de les affecter, en cas de crise sanitaire, auprès d'établissements de santé, de cabinets libéraux ou d'administrations ;

– acquérir, fabriquer, importer ou exporter, à la demande du ministre chargé de la santé, « *des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves* » – comme, par exemple, des vaccins contre la grippe A (H1N1), des masques respiratoires et des médicaments antiviraux – et financer des actions de prévention des risques sanitaires majeurs ;

– à la demande du ministre chargé de la santé, acquérir, fabriquer, importer ou exporter 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* ». C'est à ce titre, par exemple, que l'EPRUS constitue des réserves de vaccins contre la méningite.

Le même article charge également l'EPRUS de constituer, en son sein, un établissement pharmaceutique chargé de fabriquer et d'exploiter des médicaments, et le cas échéant, d'acquérir, d'importer, de distribuer et d'exporter des produits et des services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves, comprenant les menaces bioterroristes. Cet établissement, dénommé « Établissement pour la protection de la population face aux menaces sanitaires graves » a été créé le 26 mars 2009.

• *Le fonctionnement de l'Établissement*

L'article L. 3135-1 précise que l'EPRUS a le statut d'établissement public de l'État à caractère administratif, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Ce statut lui permet de bénéficier de contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

En effet, entre 2002 et 2006, ces régimes contribuaient à l'achat, au stockage et à la livraison par l'État de traitements pour les pathologies résultant d'actes terroristes en finançant un fonds de concours créé à cet effet par l'article

42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Mais, dans sa décision n° 2005-258 DC du 15 décembre 2005 relative à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Conseil constitutionnel a considéré 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. 3135-4 du code de la santé publique prévoit que les ressources de l'EPRUS public sont constituées par :

- 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* » qu'il acquiert, fabrique, importe ou exporte à la demande du ministre chargé de la santé ;
- les reversements et remboursements mentionnés à l'article L. 162-1-16 du code de la sécurité sociale ;
- 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) Augmentation du montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'EPRUS

Le IV de l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a fixé à 44 millions d'euros le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FIQCS. La loi de finances pour 2009 a fixé la contribution de l'État au financement de l'EPRUS à 43,8 millions d'euros en autorisations d'engagement et à 72,8 millions d'euros en crédits de paiement.

En plus de ces dotations, l'EPRUS disposait, pour 2009, d'importants reports de crédits des exercices précédents. Ainsi, comme la ministre de la santé et des sports, l'a indiqué à la commission lors de son audition du 16 septembre 2009, l'EPRUS disposait, au 1^{er} janvier 2009, de 421,9 millions d'euros en autorisations d'engagement et de 365,1 millions d'euros en crédits de paiement.

Cependant, l'émergence rapide de l'épidémie de grippe A (H1N1) dans le courant de l'année 2009 a conduit l'EPRUS à engager des dépenses d'acquisition

de produits de santé non prévues dans sa programmation initiale pour 2009, ainsi que les dépenses afférentes à la gestion de ces stocks.

En effet, dès le 24 avril, lorsque l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé une alerte relative au nouveau virus de la grippe A (H1N1) ayant acquis une capacité de transmission interhumaine, le gouvernement a activé le dispositif de gestion de crise prévu par le plan national de prévention et de lutte contre une pandémie grippale (dit « plan pandémie ») et relevé le niveau d'alerte à la « situation 5A » de ce plan, qui correspond au « démarrage d'une pandémie » caractérisé par « l'extension géographique de la transmission interhumaine du virus ». Au préalable, le gouvernement avait procédé, le 20 février 2009, à une actualisation du plan pandémie afin de tenir compte des premières données disponibles sur le virus grippal A (H1N1).

Au total, les nouvelles dépenses programmées par l'EPRUS après le 1^{er} mai 2009, en vue de répondre à la menace de pandémie grippale de type A (H1N1), concernent :

– le financement de la campagne de vaccination, pour un montant évalué à 35,8 millions d'euros selon l'annexe n° 8 au présent projet de loi ;

– les achats de vaccins, pour 807 millions d'euros ;

– l'acquisition de respirateurs, pour 5,8 millions d'euros ;

– l'achat de produits antiviraux, pour 20 millions d'euros ;

– l'achat de masques, pour 150,6 millions d'euros ;

– la logistique qui sous-tend la campagne de vaccination (gestion des déchets, logistique pour l'acheminement des produits de santé, etc.), pour 41,6 millions d'euros.

Le montant total des dépenses programmées par l'EPRUS en vue d'une pandémie de grippe A (H1N1) s'élève ainsi à 1,136 milliard d'euros au titre de l'exercice 2009.

La programmation initiale totale de l'EPRUS pour 2009 a donc été fortement modifiée. Selon les informations fournies à votre rapporteur par le cabinet de la ministre de la santé et des sports, son montant atteint, pour l'ensemble des produits de santé, 1,162 milliard d'euros. En plus des 1,136 milliard d'euros relatifs à la pandémie grippale, cette programmation comprend en effet 11,8 millions d'euros d'acquisitions relatives aux risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC), 10,2 millions d'euros pour les dépenses épidémiologiques, ainsi que 2,9 millions d'euros pour divers frais logistiques.

Ce montant excédant les ressources dont disposait l'EPRUS au 1^{er} janvier 2009, il est indispensable de réviser ses dotations.

Or, l'article L. 3135-4 du code de la santé publique dispose que le montant de la contribution de l'assurance maladie au financement de l'EPRUS « *ne peut excéder 50 % des dépenses de l'établissement au titre de ses missions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 3135-1* » du même code, c'est-à-dire de ses missions de constitution de stocks de produits de santé nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves et de prévention des risques sanitaires majeurs. Le 16 septembre 2009, lors de son audition par la commission, la ministre a indiqué que le gouvernement envisageait un financement « *à parité entre l'État et l'assurance maladie* » pour la programmation établie par l'EPRUS pour 2009 au titre de ces missions, ce qui correspond à une contribution de 581 millions d'euros à la charge des régimes d'assurance maladie.

L'exposé des motifs du projet de loi indique que, sur ces 581 millions d'euros, 167 millions d'euros seront apportés à l'EPRUS par la CNAMTS, au titre de dotations dues pour les années précédentes, mais pas encore versées.

C'est pourquoi, afin d'assurer le financement de l'EPRUS à parité entre l'État et l'assurance maladie tout en tenant compte de ce report de crédits, le **II** du présent article propose de porter de 44 à 414,8 millions d'euros le montant de la contribution des régimes d'assurance maladie au financement de l'EPRUS pour l'année 2009.

*

La Commission adopte l'article 6 sans modification.

Article 8

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

Le présent article a pour objet de rectifier le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ainsi que les montants de ses sous-objectifs, en fonction des prévisions de réalisation de ces dépenses établies par le rapport d'octobre 2009 à la Commission des comptes de la sécurité sociale.

L'article L. O. 111-3 du code 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'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que leurs sous-objectifs ayant été approuvés dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale* ».

1. Les réalisations prévisionnelles pour l'année 2009

L'article 71 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a fixé l'ONDAM pour 2009 à 157,6 milliards d'euros, ce qui correspondait à une croissance de 3,3 % des dépenses du champ de l'ONDAM à périmètre constant.

Sur la base des données disponibles en droits constatés, qui concernent les cinq premiers mois de l'exercice 2009 en métropole pour le régime général, ainsi que des données en date de remboursement à la fin du mois d'août 2009, le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale évalue à 157,9 milliards d'euros le montant des dépenses incluses dans le champ de l'ONDAM en 2009, soit 300 millions d'euros de plus que l'objectif voté par le Parlement, ce qui représente une croissance de 3,4 % de ces dépenses.

Le tableau ci-dessous présente, pour l'ONDAM et pour chacun de ses sous-objectifs, les prévisions de réalisations des dépenses de l'année 2009.

Tableau 1 – Réalisations prévisionnelles dans le champ de l'ONDAM

PRÉVISION 2009, en milliards d'euros	Base 2009 réactualisée*	Prévision 2009	Taux d'évolution	Sous-objectifs arrêtés	Dépassement
Soins de ville	70,9	73,5	3,7%	73,2	0,4
Établissements de santé	67,6	69,5	2,9%	69,4	0,2
Établissements et services médico-sociaux	13,3	14,0	5,1%	14,1	-0,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,9	6,3	5,6%	6,4	-0,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,4	7,7	4,6%	7,7	0,0
Autres prises en charge	1,0	0,9	-6,1%	0,9	0,0
ONDAM TOTAL	152,8	157,9	3,4%	157,6	0,3

* Les taux d'évolution sont calculés à périmètre constant. Les réalisations de 2008 (153,0 Md€) sont donc ramenées au champ de celles de 2009 en tenant compte des modifications de périmètre intervenues entre 2008 et 2009 (-0,2 Md€).

Source : DSS.

Source : rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale, 1^{er} octobre 2009

Il faut souligner la faiblesse de ce dépassement : à titre de comparaison, on rappellera que l'ONDAM pour 2008 a été dépassé de 950 millions d'euros. Ce faible dépassement est le résultat d'évolutions contrastées selon les différents sous-objectifs de l'ONDAM.

Ainsi, selon le rapport précité, le sous-objectif de l'ONDAM relatif aux dépenses de soins de ville – dit « ONDAM ambulatoire » – serait dépassé de 350 millions d'euros, cette prévision ne tenant pas compte des dépenses de consultation, de remboursement de médicaments ou d'indemnités journalières d'arrêt de travail qui pourraient être induites par une pandémie grippale.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait fixé ce sous-objectif à 73,2 milliards d'euros, ce qui correspondait à une croissance de 3,1 % par rapport à l'exercice 2008. Selon le rapport présenté à la Commission des comptes, ces dépenses atteindraient en 2009 73,5 milliards d'euros, soit 3,7 % de plus qu'en 2008. Cette croissance plus forte que prévu résulte principalement de la

« *vigueur* » des versements d'indemnités journalières et des frais de transport sanitaire, « *qui demeurent les postes les plus dynamiques* ». Elle traduit aussi les revalorisations récentes des tarifs de certains soins infirmiers.

S'agissant des dépenses consacrées aux établissements de santé, retracées par deux sous-objectifs relatifs pour le premier aux établissements tarifés à l'activité et pour le second aux autres établissements – constituant ensemble l'« ONDAM hospitalier » –, elles atteindraient 69,4 milliards d'euros en 2009, ce qui représente un dépassement de 150 millions d'euros par rapport à la somme des sous-objectifs concernés.

Cet écart s'explique par un « effet de base ». Les dépenses hospitalières pour 2008 avaient en effet été sous-estimées de 250 millions d'euros dans la construction des deux sous-objectifs précités ; aussi, leur respect supposait que le rythme de croissance des dépenses d'hospitalisation n'excède pas 2,7 %, alors que l'ONDAM voté était censé permettre une progression de 3,1 %. D'après les réalisations prévisionnelles présentées à la Commission des comptes, ce rythme de croissance s'établirait en fait à 2,9 %. Un gel de 25 millions d'euros de crédits des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) a contribué à limiter le dépassement de l'ONDAM hospitalier.

Quant aux dépenses du champ de l'ONDAM qui bénéficient aux établissements et services médico-sociaux – ou « ONDAM médico-social » –, retracées par deux sous-objectifs ayant trait pour l'un aux personnes âgées et pour l'autre aux personnes handicapées, elles s'élèveraient à 14 milliards d'euros et, de ce fait, n'atteindraient pas l'objectif de 14,1 milliards d'euros fixé dans le cadre de l'ONDAM. Ces sous-objectifs constituant une dotation des régimes d'assurance maladie à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ils ne peuvent en théorie être ni dépassés, ni sous consommés.

Cependant, compte tenu de la « *sous-consommation structurelle des crédits alloués au secteur des personnes âgées* » que souligne le rapport à la Commission des comptes, la contribution de l'assurance maladie aux dépenses correspondantes a fait l'objet d'un débasage pour un montant de 150 millions d'euros.

Dans son rapport de septembre 2009 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, la Cour des comptes évalue à 509 millions d'euros la sous-consommation des crédits de la CNSA regroupés sous un objectif global de dépenses, comme le montre le tableau ci-après. Cette sous-consommation a tendance à s'aggraver d'année en année : elle atteignait un montant de 142,7 millions d'euros en 2005, puis de 289,7 millions d'euros en 2006 et de 487,7 millions d'euros en 2007. D'après les déclarations faites le 14 octobre 2009 devant la commission des affaires sociales par Mme Nora Berra, secrétaire d'État aux aînés, 300 millions d'euros seraient encore sous-consommés en 2009.

Ces crédits non consommés viennent alimenter les réserves de la CNSA.

Objectif global de dépenses – prévisions et réalisations 2008

En Md€

	Personnes handicapées			Personnes âgées			Total		
	Prévu	Réalisé	Ecart	Prévu	Réalisé	Ecart	Prévu	Réalisé	Ecart
OGD	7,654	7,684	0,03	6,612	6,073	-0,539	14,266	13,757	-0,509
ONDAM médico-social	7,376	7,376		5,523	5,523	0	12,899	12,899	0
Apport financier CNSA	0,278	0,308	0,03	1,089	0,550	-0,539	1,367	0,858	-0,509

Source : Cour des comptes, rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, septembre 2009

La Cour des comptes apporte deux explications à cette sous-consommation récurrente :

– « le caractère tardif de l'utilisation des moyens prévus pour financer, notamment, les créations de places en établissement » ;

– l'absence de prise en compte de la sous-consommation des crédits de l'objectif global de dépenses de l'année n lors de la construction de l'objectif de l'année $n + 1$.

S'agissant du sous-objectif de l'ONDAM relatif aux autres modes de prise en charge, le rapport à la Commission des comptes d'octobre 2009 indique qu'il serait « sous-consommé de quelques dizaines de millions d'euros ». Ce sous-objectif comprend notamment les dépenses de remboursement de soins des Français à l'étranger, le financement des structures spécialisées en addictologie ou dans la prise en charge des malades en situation de précarité et la dotation du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). La sous-consommation de ces dépenses s'expliquerait par un gel de 50 millions d'euros sur les crédits du FIQCS, qui n'est compensé qu'en partie par le dynamisme des dépenses de soins des ressortissants français à l'étranger.

2. Rectification de l'ONDAM pour 2009

Pour tenir compte des prévisions de réalisations des dépenses du champ de l'ONDAM pour l'année 2009 établies par le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2009, le présent article propose de rectifier comme suit le montant de l'ONDAM et celui de chacun de ses sous-objectifs.

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	73,2	73,5
<i>Total ONDAM Établissements de santé</i>	<i>69,6</i>	
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	50,9	50,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,7	18,7
<i>Total ONDAM Établissements et services médico-sociaux</i>	<i>14,1</i>	<i>14</i>
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	6,4 ***	6,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,7	7,7
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,9	0,9
Total	157,6	157,9

* montants de l'ONDAM et de ses sous-objectifs fixés par l'article 71 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 ;

** montants de l'ONDAM et de ses sous-objectifs tels que le présent article propose de les rectifier

*** la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 fixait le montant de ce sous-objectif à 6,2 milliards d'euros, mais il a été porté à 6,4 milliards d'euros en application de mécanismes de fongibilité du champ sanitaire au champ médico-social

Source : loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et article 8 du présent projet de loi.

La secrétaire d'État aux aînés a d'ailleurs précisé devant la commission des affaires sociales, le 14 octobre 2009, que la sous-consommation des crédits de la CNSA en 2009 s'expliquait en partie par une surévaluation de ses dépenses programmées, pour un montant de 150 millions d'euros. Compte tenu de cette surévaluation, ainsi que des importantes réserves constituées par la CNSA depuis 2005, à mesure que s'accumulaient ses excédents, la réduction de la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées, pour un montant de 150 millions d'euros, ne mettra pas en péril les opérations programmées par la CNSA.

*

La Commission adopte l'article 8 sans modification.

Elle adopte ensuite la deuxième partie du projet de loi.

QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2010

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Avant l'article 28

La Commission est saisie de trois amendements portant articles additionnels avant l'article 28.

Elle examine d'abord l'amendement AS 23 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. La négociation des conventions et avenants relatifs notamment à la classification commune des actes médicaux est aujourd'hui conduite par l'UNCAM avec les seuls représentants des professionnels libéraux. Bien que le contenu de ces conventions puisse avoir un impact important sur le fonctionnement et le financement des établissements de santé, les fédérations représentatives de ces établissements n'y sont pas associées.

C'est la raison pour laquelle cet amendement vise à faire participer à la négociation les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je suis défavorable à cet amendement, car il faut d'autant moins rendre la négociation conventionnelle plus difficile que les conventions concernent la médecine ambulatoire et non la médecine hospitalière.

M. Claude Leteurre. C'est vrai d'un point de vue formel, mais, dans la pratique, les répercussions peuvent être majeures sur le budget hospitalier, comme on a pu le constater avec l'avenant à la convention médicale conclu entre les radiologues libéraux et l'UNCAM en 2007, puisque la moitié des actes radiologiques sont effectués à l'hôpital.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cela n'est pas à exclure, mais l'amendement proposé alourdirait et complexifierait le processus des négociations conventionnelles. Il convient, en outre, d'attendre la mise en place des agences régionales de santé. Des rapprochements pourront alors avoir lieu entre les fédérations des établissements de santé publics et privés et le directeur général de l'ARS dans le cadre de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins. C'est du reste prévu dans la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi « HPST »).

La Commission rejette cet amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS 24 de M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Cet amendement vise à mettre en œuvre une régulation partagée de la politique économique des établissements de santé et à garantir la transparence des méthodes de détermination des tarifs des prestations.

Le fait que les tarifs des séjours hospitaliers soient administrés n'est pas contesté. Toutefois, pour favoriser l'adhésion des établissements aux mesures de régulation mises en œuvre et pour garantir à leurs représentants une transparence et une anticipation accrues, une politique conventionnelle, par le biais d'un accord cadre, conclu pour une durée de trois ans, entre l'État, l'assurance maladie et les organisations les plus représentatives des établissements de santé, pourrait être menée, à l'instar de celle mise en place dans le domaine du médicament depuis 1994.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je vous ferai la même réponse que précédemment, monsieur Prél : examinons cette disposition lorsque les ARS auront été mises en place.

La Commission rejette cet amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS 100 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Aujourd'hui, 40 % de nos concitoyens renoncent à des soins ou retardent leur entrée dans le système des soins. Au reste, la majorité avait affirmé que l'instauration des franchises médicales visait, outre à garantir des recettes supplémentaires, à limiter les recours injustifiés aux soins. C'est la raison pour laquelle nous aimerions pouvoir disposer du rapport sur l'application des franchises médicales du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2008, alors que nous ne disposons toujours que du rapport pour la période allant jusqu'au 30 juin 2008. Nous voulons, en effet, être certains que les franchises médicales ne sont pas une des raisons interdisant à 40 % de concitoyens de recourir aux soins. Sinon, on pourra continuer de mener toutes les campagnes de santé publique qu'on voudra, elles ne serviront à rien. Nous nous appuyons, de plus, sur l'avis du Conseil d'État, saisi au printemps 2009 par l'Association nationale de défense des victimes de l'amiante, et par la FNATH, association des accidentés de la vie.

Il convient de rappeler que Mme Bachelot avait déclaré, en octobre 2007, que chaque Français avait les moyens de dépenser quatre euros cinquante par mois pour sa santé. Or, il faut savoir que, dans le cadre du tiers payant, la franchise est prélevée annuellement par les caisses primaires d'assurance maladie, dont les présidents étaient opposés à cette mesure mais qui doivent toutefois l'appliquer. Ainsi – c'est un exemple parmi d'autres – des personnes qui bénéficient du minimum vieillesse, et qui sont donc en dessous du seuil de pauvreté, se sont vu retenir, en janvier 2009, sur les 650 euros de leur pension vieillesse, un montant de cinquante ou de 100 euros selon les cas ! Les

associations sont montées au créneau et le Conseil d'État a demandé aux caisses primaires de ne pas effectuer ce prélèvement.

C'est pourquoi nous voulons obtenir, outre le rapport annuel, une étude d'impact sur les franchises médicales.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Votre intervention contient deux parties. En ce qui concerne le principe même des franchises médicales, la réponse est claire : le Gouvernement et la Commission souhaitent leur maintien.

En ce qui concerne le rapport 2008, nous l'avons tous eu.

Mme Catherine Lemorton. Personne ne l'a eu !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il existe. Je vous le ferai parvenir. De plus, nous aurons le rapport 2009 dans les semaines à venir.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Nous avons tous entendu, lors des auditions, les associations qui s'occupent des personnes les plus fragiles : elles nous ont fait part des difficultés que ces personnes rencontrent dans le recours aux soins. Nous apporterons des éléments sur le sujet en séance publique. Le rapport 2008 ne saurait suffire pour connaître de la situation actuelle.

M. Jean Mallot. Il est ahurissant de débattre du projet de loi de financement pour 2010, sans avoir à notre disposition le rapport 2009 sur les franchises médicales !

De plus, je le confirme, le rapport 2008 ne nous a été jamais été remis.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Oui, madame Lemorton, l'article 52 de la loi de financement de 2008 prévoit bien la remise d'un rapport. Je l'ai eu et le ministère peut vous le faire parvenir.

J'émet un avis défavorable à l'adoption de cet amendement.

La Commission rejette l'amendement AS 100.

Article 28

Non prise en compte des dépenses liées à la pandémie grippale pour l'évaluation du risque de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2010

Le présent article vise à neutraliser les conséquences d'une éventuelle pandémie grippale sur les dépenses d'assurance maladie dans l'évaluation des risques de dépassement de l'ONDAM pour 2010.

Certes, une grande partie des dépenses de santé liées à la préparation et à la réponse à l'épidémie de grippe A (H1N1) est assumée par l'Établissement de

préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) et, à ce titre, ne sont pas incluses dans le champ de l'ONDAM. Il s'agit, par exemple, des dépenses d'acquisition de vaccins, de consommables nécessaires à la vaccination, de masques respiratoires, de médicaments antiviraux et de respirateurs, pour un montant évalué à 1,136 milliard d'euros en 2009.

Néanmoins, une éventuelle pandémie grippale aurait aussi un impact significatif sur les dépenses du champ de l'ONDAM car elle induirait des consultations et des visites médicales, des versements d'indemnités journalières et des dépenses de médicaments supplémentaires. Le tableau ci-dessous présente une estimation de ces dépenses pour la CNAMTS.

**Impact d'une pandémie de grippe A (H1N1)
sur les dépenses du champ de l'ONDAM pour le régime général**

HYPOTHÈSES		DÉPENSES	
		en 2009	en 2010
Pandémie ne se poursuivant pas au-delà de 2009			
	– hypothèse haute*	752	–
	<i>dont consultations et visites médicales :</i>	199	–
	<i>dont indemnités journalières :</i>	527	–
	<i>dont médicaments :</i>	27	–
	– hypothèse basse**	376	–
	<i>dont consultations et visites médicales :</i>	100	–
	<i>dont indemnités journalières :</i>	263	–
	<i>dont médicaments :</i>	13	–
Pandémie débutant en 2009 et se poursuivant en 2010			
	– hypothèse haute*	376	376
	<i>dont consultations et visites médicales :</i>	100	100
	<i>dont indemnités journalières :</i>	263	263
	<i>dont médicaments :</i>	13	13
	– hypothèse basse**	188	188
	<i>dont consultations et visites médicales :</i>	50	50
	<i>dont indemnités journalières :</i>	132	132
	<i>dont médicaments :</i>	7	7

* correspondant à un taux d'attaque de la population âgée de 15 à 65 ans de 20 %

** correspondant à un taux d'attaque de la population âgée de 15 à 65 ans de 10 %

Source : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

D'après les informations fournies à votre rapporteur par le cabinet de la ministre de la santé et des sports, on estime ainsi à 80 euros en moyenne les dépenses induites pour les régimes obligatoires d'assurance maladie pour chaque assuré contaminé par le virus A (H1N1).

Or, l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale prévoit une procédure d'alerte en cas de risque de dépassement de l'ONDAM. Il institue un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale, chargé de rendre chaque année au plus tard le 1^{er} juin, et en tant que de besoin, un avis sur le respect de l'ONDAM pour l'année en cours. Cet avis doit analyser notamment « l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels

des dépenses d'assurance maladie », ainsi que les conditions d'exécution de l'ONDAM pour l'année précédente « *et le risque qui en résulte pour le respect de l'objectif de l'année en cours* ».

L'article L. 114-4-1 précité dispose aussi que lorsque le comité d'alerte considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'ONDAM, avec un écart supérieur à un seuil fixé à 0,75 % par l'article D. 114-4-0-7 du même code, il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie.

Le déclenchement de cette procédure d'alerte a plusieurs conséquences :

– en application de l'article L. 114-4-1 précité, les caisses nationales doivent proposer des « *mesures de redressement* » dans un délai d'un mois ;

– conformément à l'article L. 162-14-1-1 du même code, dès lors qu'il apparaît que le risque de dépassement de l'ONDAM est en tout ou partie imputable à l'évolution des dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des professionnels de santé est suspendue.

Ces dispositions constituent des « stabilisateurs automatiques » des dépenses d'assurance maladie.

L'article 37 du présent projet de loi propose de fixer l'ONDAM pour 2010 à 162,4 milliards d'euros. Tout risque de dépassement de cet objectif d'une ampleur supérieure à 1,218 milliard d'euros conduirait donc le comité d'alerte à mettre en œuvre ces « stabilisateurs automatiques ».

Ainsi, les dépenses d'assurance maladie liées à une pandémie de grippe A (H1N1) risquent de précipiter le déclenchement de la procédure d'alerte.

Or, comme l'explique l'exposé des motifs du projet de loi, une telle situation ne correspond pas à la raison d'être de cette procédure, qui vise à assurer une vigilance continue sur les efforts de maîtrise des dépenses, et non à compenser, par des restrictions ultérieures, des dépenses ponctuelles, induites par une situation exceptionnelle.

C'est pourquoi le présent article propose de prévoir que les dépenses d'assurance maladie liées à une pandémie grippale ne soient pas prises en compte par le comité d'alerte pour l'évaluation du risque de dépassement de l'ONDAM.

La disposition que le présent article tend à instaurer n'est pas codifiée, ce qui, selon l'exposé des motifs, vise à marquer son caractère exceptionnel.

Mme Marisol Touraine. L'article 28 est au cœur de la contradiction du Gouvernement en matière de lutte contre la pandémie grippale, puisque l'objet de cet article est de sortir de l'ONDAM les dépenses liées à la grippe, ce qui laisse penser que ces dépenses relèvent d'une politique de santé publique. Or, dans le même temps, le Gouvernement demande à la sécurité sociale d'assumer pour moitié le coût de cette pandémie. Du reste, il nous paraît étrange qu'une telle disposition soit inscrite dans la loi : il appartient au comité d'alerte de prendre ses décisions tout seul.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il appartient à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) de mettre en œuvre les mesures de sécurité sanitaire rendues nécessaires par la menace pandémique, or, la loi prévoit que l'EPRUS est financé à parité par l'État et l'assurance maladie. Par ailleurs, une telle pandémie induirait des consultations et des prescriptions supplémentaires dans le champ de l'ONDAM. C'est pourquoi Mme Bachelot a souhaité sortir du calcul de l'ONDAM les dépenses liées à la pandémie.

M. Gérard Bapt. Comment se fera la distinction entre les dépenses liées à la pandémie grippale d'une part, et aux autres pathologies d'autre part, dans les dépenses des hôpitaux et de la médecine de ville ? L'article 28 ne doit pas être une habileté pour empêcher le comité d'alerte de se pencher sur la question des recettes au cours de l'année 2010.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Ce partage sera, certes, très difficile à évaluer.

Mme Marisol Touraine. Cela fait d'autant plus ressortir la nécessité d'une mission parlementaire sur la grippe A.

La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS 341 du rapporteur (amendement n° 19).

Elle adopte ensuite l'article 28 ainsi modifié.

Après l'article 28

La Commission est saisie de sept amendements portant articles additionnels après l'article 28

Elle examine d'abord les amendements AS 105, AS 106, AS 107 et AS 108 de Mme Catherine Lemorton, qui peuvent faire l'objet d'une présentation commune.

Mme Catherine Lemorton. Le texte de la commission mixte paritaire n'étant pas revenu sur les modifications apportées par le Sénat à la loi dite « HPST », ces amendements visent à renforcer le principe général d'interdiction de tout contact direct ou indirect des laboratoires pharmaceutiques avec les patients en matière d'éducation thérapeutique.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Nous avons déjà longuement débattu de la question et nous ne voulons pas revenir sur l'équilibre qui a été trouvé en CMP avec les sénateurs.

La Commission rejette ces amendements.

Puis elle est saisie de l'amendement AS 103 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Cet amendement nous permettra de mesurer jusqu'où vous assumez les décisions du Gouvernement.

Mme Bachelot a décidé de dérembourser des médicaments en raison d'un service médical rendu insuffisant, voire totalement nul, ce qui ne me choque pas. En effet, depuis des années, des autorisations de mises sur le marché ont été accordées à des médicaments, dont on savait d'emblée qu'ils n'engendreraient aucune amélioration du service médical rendu. C'est pourquoi, il convient de faire le ménage en amont plutôt qu'en aval. À cette fin, il faut s'assurer du caractère véritablement nouveau d'une molécule, en menant des essais cliniques contre comparateurs dans le cadre de stratégies thérapeutiques déjà existantes, dont on connaît nécessairement le coût.

M. Jean Mallot. L'amendement présente un lien direct avec le projet de loi. Il n'est pas possible de déterminer les conditions de remboursement au regard de l'amélioration attendue du service public, sans vérifier comment celle-ci est évaluée et si elle est mesurée par rapport à un placebo ou à un comparateur.

M. Yves Bur. Les médicaments à amélioration du service médical rendu faible, voire insuffisante, dont il est question sont, pour la quasi-totalité, des médicaments anciens, voire très anciens. Ils ne font plus l'objet de nouveaux essais cliniques. Au contraire, le Parlement a demandé que, pour les molécules innovantes, des études après autorisation de mise sur le marché soient conduites. Les effets et l'efficacité d'un médicament peuvent en effet être très divers. Or, une fois autorisé, celui-ci est pris par des millions de personnes.

Les études post-autorisation de mise sur le marché sont réalisées par les industriels dans des conditions fixées par les autorités sanitaires, notamment l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Elles permettent de valider la réalité de l'innovation et de mesurer l'impact collatéral, voire iatrogène du médicament, et fournissent un support pour, le cas échéant, la révision du classement du médicament et surtout de son prix ; une réévaluation peut entraîner la révision du prix du médicament par le Comité économique des produits de santé. Le dispositif est lisible et efficace. Je m'oppose à l'adoption de cet amendement.

Mme Michèle Delaunay. La question posée par Catherine Lemorton est essentielle : elle différencie le service médical rendu, c'est-à-dire un traitement comparé à une absence de traitement, et le bénéfice médical rendu par rapport à une autre stratégie. Les essais de phase 3 comparent l'efficacité d'un médicament

par rapport à un autre, mais non par rapport à une autre stratégie. La notion est innovante et nous devons y réfléchir.

*Après avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** l'amendement, puis l'amendement AS 104 de Mme Catherine Lemorton.*

Elle examine ensuite l'amendement AS 109 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Le fonctionnement du Comité économique des produits de santé doit, notamment pour les conventions qu'il signe avec les laboratoires, être rendu plus transparent. Peut-être saurons-nous alors pourquoi le rendement financier de la clause de sauvegarde est nul.

À cette fin, l'amendement prévoit l'élargissement du comité à un collège à la représentation très ouverte, chargé d'en examiner les décisions.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Le Comité économique est un organe technique. Ses décisions relèvent du domaine réglementaire. Sa composition est fixée par décret. Y siègent des représentants des fédérations hospitalières, de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, de la Caisse nationale d'assurance maladie, des ministères chargés du budget et de la sécurité sociale. J'imagine mal y insérer des parlementaires. Sa composition doit rester inchangée. De plus, nous avons communication de ses décisions ainsi que, comme le prévoit la loi, de son rapport annuel. Nous n'avons pas besoin que des parlementaires en soient membres pour en assurer le suivi. Avis défavorable.

*La Commission **rejette** l'amendement.*

Article 29

Exonération du « ticket modérateur » pour les examens de suivi réalisés après la sortie du régime des affections de longue durée

Le présent article a pour objet d'instituer une exonération du « ticket modérateur » pour les actes et examens nécessaires au suivi d'une affection pour laquelle l'assuré a cessé de bénéficier des exonérations liées au régime des affections de longue durée (ALD). Il vise ainsi à rendre moins pénalisante la sortie du régime des ALD pour les patients guéris.

1. Éléments de contexte

L'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale établit le principe suivant lequel une fraction des tarifs servant de base au calcul des prestations en nature d'assurance maladie – dite « ticket modérateur » – est laissée à la charge de l'assuré. Par dérogation à ce principe, les 3^o et au 4^o de l'article L. 322-3 du même code prévoient la possibilité d'exonérer de cette participation les assurés atteints d'ALD. De telles affections sont reconnues :

– soit, en application de ce 3^o, « *lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste* » établie par décret après avis de la Haute Autorité de santé (HAS). L'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale fixe ainsi une liste de 30 groupes d'affections, dits « ALD 30 ». Pour chaque ALD, la Haute autorité fixe des critères médicaux opposables d'admission et de maintien au bénéfice du dispositif ;

– soit, conformément au 4^o du même article, lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :

« a) *Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;*

« b) *Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse* ».

Cette catégorie d'ALD, dites « hors liste », recouvre deux cas principaux définis par le règlement intérieur des caisses d'assurance maladie, communément appelés les 31^{ème} et 32^{ème} maladies :

– la « 31^{ème} maladie » recouvre les formes évolutives ou invalidantes d'une affection grave nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois ;

– la « 32^{ème} maladie » concerne les polyopathologies invalidantes.

L'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale, qui définit la procédure d'admission au bénéfice du régime des ALD, prévoit que pour chaque patient souffrant d'une telle affection, le médecin traitant et le médecin conseil de la caisse concernée « *établissent conjointement* » un « *protocole de soins* » qui définit, compte tenu des recommandations de la HAS, « *les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée* ». Ce protocole, établi pour une durée déterminée, est « *périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques* ».

Dans deux avis publiés en décembre 2007 et juin 2009, la HAS a précisé la durée d'admission au bénéfice du régime des ALD pour chacune des « ALD 30 ». Selon les renseignements fournis à votre rapporteur par CNAMTS, dans la pratique, les principaux régimes obligatoires d'assurance maladie avaient déjà donné des instructions à leurs services médicaux en la matière : ainsi, à la suite du Régime social des indépendants (RSI) et de la Mutualité sociale agricole (MSA), le régime général définit depuis 2007 la durée d'exonération à cinq ans maximum, sauf pour certaines pathologies particulières. Il appartient ensuite au malade de solliciter le renouvellement de sa décision d'admission au régime des ALD.

Ainsi, la prise en charge à hauteur de 100 % des tarifs de base de la sécurité sociale est doublement limitée :

– aux seuls soins en rapport avec l’affection exonérante, identifiés au moyen d’un ordonnancier spécifique, dit « ordonnancier bizona », utilisé par les médecins pour distinguer les prescriptions relevant d’une ALD de celles sans lien avec cette affection, qui sont prises en charge selon le droit commun ;

– à une durée déterminée, à l’issue de laquelle l’assuré ne bénéficie plus d’aucune exonération particulière liée à ses antécédents médicaux.

Toutefois, dans les faits, le contrôle de l’ordonnancier bizona n’est pas systématique, de sorte que certaines dépenses de médicaments, d’actes médicaux et d’examens de biologie sont prises en charge à 100 %, alors qu’elles n’ont pas de lien avec l’affection au titre de laquelle l’assuré est exonéré du « ticket modérateur ». D’ailleurs, devant la commission des affaires sociales, la ministre de la santé et des sports a jugé « *décevants* » les résultats des actions de maîtrise médicalisée des dépenses visant à promouvoir le bon usage de l’ordonnancier bizona.

Dans un rapport d’information fait au nom de la Mission d’évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) en 2008 sur les ALD ⁽¹⁾, le rapporteur estime que, fin 2008, on comptait 9,7 millions de bénéficiaires de ce régime, soit près de 15 % des assurés sociaux. Selon les projections du Haut conseil pour l’avenir de l’assurance maladie (HCAAM) ⁽²⁾, cet effectif pourrait dépasser 10 millions dès 2010.

Le rapport précité montre aussi que les dépenses liées aux ALD concentrent 65 % des remboursements de l’assurance maladie, et expliquent la quasi-totalité de la croissance des dépenses d’assurance maladie.

La croissance rapide du nombre de bénéficiaire du régime des ALD, ainsi que celle des dépenses d’assurance maladie induites, a conduit les pouvoirs publics à engager des réflexions sur le bien-fondé des critères d’admission et de maintien dans ce régime.

C’est pourquoi, par deux avis publiés en décembre 2007 et en juin 2009, la HAS a procédé à une actualisation scientifique de ces critères et proposé une harmonisation des durées d’exonération à deux ans pour certaines ALD et à cinq ans pour d’autres. D’après les informations fournies par le cabinet de la ministre de la santé et des sports, le gouvernement entendrait suivre cette recommandation et préparerait le décret nécessaire à sa mise en œuvre. Les nouveaux critères établis par la HAS visent notamment à éviter le maintien dans le régime des ALD des personnes guéries. S’agissant par exemple des cancers (ALD 30), pour

(1) Rapport d’information n° 1271 fait en conclusion des travaux de la mission d’évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les affections de longue durée par M. Jean-Pierre Door.

(2) Haut conseil pour l’avenir de l’assurance maladie, rapport annuel 2007.

lesquels le taux de guérison atteint aujourd'hui 60 %, la HAS recommande de ne pas renouveler l'exonération, si l'assuré ne nécessite plus ni thérapeutique lourde, ni prise en charge diagnostique et thérapeutique des séquelles liées à la maladie ou aux traitements.

Or, si le régime des ALD permet de réduire le reste à charge induit pour l'assuré par une pathologie lourde, ni ce régime ni aucun autre dispositif d'exonération ne permet de neutraliser le surcoût lié aux soins et examens de suivi que le malade, même guéri, doit accomplir après sa guérison. Le rapport précité de la Mission d'évaluation et de contrôle explique ce manque par le fait que le régime des ALD a été institué à une époque où les chances de guérison des patients atteints de ces affections étaient faibles, alors que le progrès médical permet aujourd'hui de guérir une part croissante des malades concernés. C'est pourquoi il recommande que soit « *envisagé un dispositif de sortie progressif du régime* » des ALD.

2. Le dispositif proposé

Le présent article tend à instaurer une nouvelle exception au principe, fixé à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, suivant lequel un ticket modérateur est laissé à la charge de l'assuré.

Dans sa rédaction actuellement en vigueur, l'article L. 322-3 précité énumère en effet 17 cas dans lesquels cette participation de l'assuré « *peut être limitée ou supprimée* », dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM). Au sein de cette énumération, le 10° ne comprend aucun énoncé, la disposition concernée ayant été abrogée, sans qu'il soit procédé à une renumérotation de la liste des cas d'exonération établie par l'article L. 322-3.

Le présent article tend à prévoir, à ce 10° de l'article L. 322-3, un nouveau cas d'exonération du « ticket modérateur » en faveur de l'assuré qui ne remplit plus les conditions prévues par le 3° du même article pour bénéficier d'une telle exonération. Cette disposition vise le cas de l'assuré qui a été admis au bénéfice du régime des ALD au titre de l'une des trente affections « *comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse* » inscrites sur la liste établie par l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale (*cf.* tableau ci-après), mais ne peut plus l'être au motif qu'il est guéri de la dite affection.

**Liste des affections de longue durée établie
en application du 3^o de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale**

<ul style="list-style-type: none"> – accident vasculaire cérébral invalidant ; – insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ; – artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ; – bilharziose compliquée ; – insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves ; – maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ; – déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine ; – diabète de type 1 et diabète de type 2 ; – formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ; – hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ; – hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ; – hypertension artérielle sévère ; – maladie coronaire ; – insuffisance respiratoire chronique grave ; – maladie d'Alzheimer et autres démences ; 	<ul style="list-style-type: none"> – maladie de Parkinson ; – maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ; – mucoviscidose ; – néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ; – paraplégie ; – périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive ; – polyarthrite rhumatoïde évolutive grave ; – affections psychiatriques de longue durée ; – rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ; – sclérose en plaques ; – scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ; – spondylarthrite ankylosante grave ; – suites de transplantation d'organe ; – tuberculose active, lèpre ; – tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.
---	---

Source : article D. 322-1 du code de la sécurité sociale

On soulignera en revanche que l'exonération instituée par le présent article ne pourra pas bénéficier aux patients qui cessent de bénéficier du régime des ALD au titre d'une des affections dites « hors liste » visées au 4^o de l'article L. 322-3 précité, qui regroupent les formes évolutives ou invalidantes d'une affection grave nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois et les polyopathologies invalidantes. En effet, selon les explications fournies à votre rapporteur par le cabinet de la ministre de la santé et des sports, aucune de ces affections « hors liste » ne connaît de cas de rémission justifiant une sortie du régime des ALD et une exonération ciblée sur des actes et examens de suivi.

Il est aussi proposé d'apporter une double limite au bénéfice de l'exonération de ticket modérateur, dont bénéficiera l'assuré dans le cadre du nouveau régime post-ALD :

– d'une part, le champ des actes donnant lieu à cette exonération est limité aux seuls « *actes médicaux et examens biologiques nécessaires au suivi d'une affection au titre de laquelle il s'était vu reconnaître le bénéfice* » du régime des ALD. D'après les estimations faites par la CNAMTS, une telle exonération pourrait concerner, par exemple, une coloscopie tous les cinq ans pour les assurés guéris d'un cancer du côlon, ou un dosage de PSA (*prostate specific antigen*) tous les six mois pour les patients guéris d'un cancer de la prostate ;

– d'autre part, l'exonération sera accordée pour une durée déterminée, fixée par décret pris après avis de la HAS.

Cette mesure permettra de neutraliser le coût induit pour l'assuré social par son suivi post-ALD, limitant ainsi un effet de seuil entre le régime des ALD et le droit commun des prestations d'assurance maladie.

Au moins dans un premier temps, le gouvernement envisage de l'appliquer aux patients atteints d'un cancer dont la maladie est stabilisée. En effet, dans le cadre de l'élaboration du futur plan cancer 2009-2013, plusieurs mesures sont envisagées afin de « préparer la vie après le cancer », tendant notamment à faciliter la réinsertion professionnelle et l'accès aux prêts des personnes guéries d'un cancer. Comme le souligne M. Jean-Pierre Grünfeld dans un rapport au président de la République comportant des recommandations pour le plan cancer 2009-2013 ⁽¹⁾, « *paradoxalement, la fin des traitements, qui est une bonne nouvelle pour les patients, débouche sur une étape très difficile à surmonter. Beaucoup de témoignages de malades et de professionnels de santé nous ont montré qu'après la phase aiguë, lorsque les liens avec le centre de cancérologie se distendent, il y a un grand vide : comment reprendre sa vie quotidienne? Qui va prendre la suite pour organiser les soins, si nécessaire? Comment reprendre une place dans la vie active ?* ».

D'après les explications fournies à votre rapporteur par le cabinet de la ministre de la santé et des sports, les seules pathologies pour lesquels un dispositif d'exonération pour les actes et examens de suivi post-ALD se justifie sont celles qui présentent une phase de rémission avec un suivi nécessitant des actes de biologie et des actes médicaux réguliers, et seuls le cancer et l'hépatite présenteraient ces caractéristiques.

Selon l'étude d'impact faite par le gouvernement sur le présent article, l'application des critères proposés par la HAS pour le maintien du régime des ALD au titre d'un cancer (ALD n° 30) conduirait 218 000 personnes à sortir de ce régime, sur les 1,8 million de personnes qui en relèvent aujourd'hui.

(1) Jean-Pierre Grünfeld, *Recommandations pour le plan cancer 2009-2013, rapport au président de la République, 14 février 2009.*

Si, comme le propose le présent article, ces 218 000 personnes bénéficiaient à leur sortie du régime des ALD d'une exonération spécifique pour les soins de suivi de leur cancer, cette mesure ne créerait pas de charge pour l'assurance maladie obligatoire. En effet, l'étude d'impact précitée estime le coût de l'exonération du ticket modérateur sur les soins concernés entre 2 et 9 millions d'euros, selon le panier de soins retenu, mais rappelle qu'aujourd'hui, ces soins sont déjà pris en charge à 100 % dans le cadre du régime des ALD.

D'ailleurs, le nouveau régime d'exonération post-ALD pourra permettre d'éviter certaines dépenses liées à l'exonération du ticket modérateur sur des actes, examens et produits de santé qui n'ont pas de lien avec l'ALD du patient mais qui, faute de contrôle systématique de l'ordonnancier bizona, peuvent être pris en charge à 100 % aujourd'hui.

En application du premier aliéna de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, les conditions d'application de ce nouveau régime d'exonération post-ALD devront être fixées par un décret en Conseil d'État. Ces conditions mériteraient d'être définies de façon à répondre à certaines préoccupations exprimées devant votre rapporteur par plusieurs acteurs :

– Si le dispositif de l'article vise l'ensemble des 30 ALD dont la liste est fixée par l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale, son exposé des motifs donne le sentiment que le régime d'exonération créé ne concernera que l'ALD n° 30, c'est-à-dire le cancer.

Or, la révision des critères d'admission et de maintien de l'exonération menée par la HAS a concerné l'ensemble des ALD. De plus, un suivi des pathologies après leur stabilisation ne présente pas moins d'intérêt pour certaines affections – comme par exemple les maladies cardiovasculaires – que pour le cancer. Il paraît d'ailleurs difficile de justifier une différence si importante dans les conditions de prise en charge du suivi post-ALD des assurés, en fonction de la nature de l'affection dont ils souffraient.

– Faciliter la sortie du régime des ALD est censé éviter aux assurés l'effet de stigmatisation lié à ce régime, qui leur crée notamment des difficultés d'accès au crédit bancaire. Toutefois, si la sortie du régime des ALD conduit les assurés concernés à être admis dans un autre régime spécifique d'exonération post-ALD, il n'est pas certain que cet effet de stigmatisation soit corrigé.

– Comme le directeur général de la CNAMTS l'a confirmé à votre rapporteur, les systèmes d'information du régime général ne sont pas adaptés pour liquider des prestations en ciblant un régime d'exonération à la fois sur certains actes et sur certains patients. En conséquence, l'application du dispositif reposera, au moins pour les premières années, sur l'utilisation d'un ordonnancier bizona permettant de distinguer les soins de suivi pris en charge à 100 % des autres soins. Une telle organisation n'irait pas dans le sens d'un allègement des tâches administratives des médecins.

La Commission est saisie de l'amendement AS 360 du rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. L'objet de cet amendement est de préciser que les pathologies et les situations cliniques qui ouvriraient droit, à la sortie du régime des ALD, à une exonération ciblée sur les examens de suivi, devront être déterminées sur la base de recommandations de la Haute autorité de santé. À l'occasion de recommandations faites il y a un an environ, celle-ci a fourni des indications pour une dizaine d'affections de longue durée.

La Commission adopte l'amendement (amendement n° 20).

Elle adopte ensuite l'article 29 ainsi modifié.

La Commission est saisie de onze amendements portant articles additionnels après l'article 29.

Article additionnel après l'article 29

Médicaments génériques présentant la même forme galénique que le princeps

Elle examine d'abord l'amendement AS 321 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Afin d'encourager plus encore le développement des médicaments génériques en levant notamment certaines réticences de patients âgés ou de malades chroniques devant le changement de la forme galénique du médicament, il est proposé que les éléments relatifs à la forme galénique, à la saveur ou à la couleur du médicament, qui ne sont pas constitutifs de son efficacité, mais ont pour objet de faciliter sa prise, ne bénéficient pas de la protection des droits conférés par le brevet.

M. Jean-Frédéric Poisson. Qu'est-ce que la forme galénique ?

M. Yves Bur. C'est la forme de la pilule, sa couleur, sa morphologie.

M. Guy Lefrand. Cela implique également le mode d'administration du médicament : suppositoire, injection, comprimé. Or, aujourd'hui, il n'y a pas bioéquivalence ne serait-ce qu'entre une gélule et un comprimé.

M. Jean Bardet. Les patients, en particulier les plus âgés, repèrent les médicaments à leur forme et à leur couleur. Si les médicaments changent de couleur en fonction de leurs fabricants, ils peuvent les confondre. La confusion qui en résulte est une cause d'accidents et un motif de refus de prendre des médicaments génériques.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis favorable. L'amendement présente, en effet, l'intérêt essentiel d'éviter toute confusion de la part des personnes âgées du fait de la couleur et de la forme des médicaments.

Mme Catherine Génisson. L'argument selon lequel toutes les formes galéniques ne sont pas égales mérite considération : entre un comprimé et une injection, les différences sont tout de même très sensibles.

Mme Catherine Lemorton. Aucun médecin ou pharmacien ne substituera un suppositoire à un injectable. N'oublions pas, pour autant, les techniques de contournement des dispositions sur les médicaments génériques par les laboratoires. Les fabricants de phénofibrates, par exemple, ont multiplié, alors que l'effet était identique, les formes et les modes de prise de comprimés de façon à préserver leurs produits princeps de la substitution.

Mme Michèle Delaunay. La multiplicité des dénominations des génériques est une autre cause d'erreurs de prise, notamment pour des patients âgés qui doivent prendre plusieurs médicaments. J'ai interrogé la ministre de la santé sur ce point voilà plusieurs mois. J'attends toujours une réponse.

M. Jean Bardet. La forme galénique, la couleur ou la saveur ne doivent pas être mises sur le même plan. La rédaction de l'amendement pourrait commencer ainsi : « A la forme galénique identique, à la couleur, à la saveur... ».

M. Yves Bur. On peut accepter cette modification pour l'heure et continuer à travailler à améliorer cet amendement d'ici à la réunion tenue au titre de l'article 88.

L'amendement ainsi corrigé est adopté à l'unanimité (amendement n° 21).

Article additionnel après l'article 29

Transparence des tarifs et honoraires des professionnels de santé exerçant en établissements

La Commission examine ensuite l'amendement AS 322 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. L'amendement tend à autoriser la publication, sur les sites informatiques des établissements publics ou privés de santé, des tarifs des honoraires des médecins qui y travaillent, de manière à permettre aux patients de les consulter, de savoir s'ils sont opposables et de connaître le montant des dépassements. La mention de ces tarifs est déjà obligatoire dans les salles d'attente. Il s'agit de rendre la transparence totale.

Mme Marisol Touraine. Nous approuvons cet amendement, même s'il ne constitue qu'un pis-aller : l'affichage des tarifs n'est pas l'alpha et l'oméga de la lutte contre les dépassements d'honoraires ; il est rare que des patients, découvrant dans la salle d'attente que le tarif demandé est très au-delà de ce qu'ils avaient imaginé, quittent le cabinet médical pour aller trouver un médecin qui pratique les tarifs opposables.

Permettre aux patients d'aller vers des médecins pratiquant des tarifs de secteurs 1 ou de faibles dépassements serait une action positive. Découvrir qu'un tarif est très au-delà du tarif opposable ne leur donne pas la possibilité de trouver un praticien aux tarifs plus abordables. Le libre choix serait pourtant souhaitable.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Aujourd'hui, le site *Ameli* de la CNAMTS permet à chacun de connaître les honoraires et tarifs des professionnels libéraux. En prévoyant la publication sur des sites informatiques des tarifs des praticiens exerçant en établissement hospitalier, public ou privé, l'amendement accroît la transparence. J'exprime donc un avis favorable à cet amendement bienvenu pour améliorer l'information des patients.

Mme Jacqueline Fraysse. L'amendement va dans le bon sens, celui de la transparence et de l'information. Cependant, quelles informations seront données aux patients qui s'apercevront, en consultant ces sites, que les tarifs proposés dépassent leurs capacités de paiement pour être traités correctement ? L'amendement pourrait être avantageusement complété en ce domaine.

M. Patrick Roy. Nous voterons en faveur de cet amendement, même s'il n'est qu'un pis-aller, car c'est une médecine à deux vitesses qui tend de plus en plus à se mettre en place. Dans la circonscription dont je suis l'élu, je suis effaré par le nombre de personnes qui aujourd'hui n'ont plus les moyens de se soigner. La simple information sur les dépassements ne suffira pas à les leur rendre.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je dois rappeler qu'en France, plus de huit millions de personnes sont totalement exonérées du paiement des soins.

M. Patrick Roy. Monsieur le président, je rencontre tous les jours des gens qui souffrent, qui ne peuvent se soigner, qui ont faim et froid !

La Commission adopte l'amendement AS 322 (amendement n° 22).

Article additionnel après l'article 29

Transmission aux organismes complémentaires du code identifiant de présentation des médicaments

Puis, elle examine l'amendement AS 323 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Désormais, de nombreux médicaments dits à service médical faible seront remboursés à 15 %, tandis que d'autres, à service médical insuffisant, ne seront pas remboursés. L'amendement tend à permettre aux assurances complémentaires d'avoir communication du code identifiant de présentation des médicaments – le code CIP. Cela leur permettra d'identifier le médicament qu'elles doivent rembourser. Ensuite, elles pourront choisir un régime de remboursement en toute connaissance de cause, ce qui constituera un début de

gestion du risque. Ce sera un progrès pour ces organismes : alors qu'ils sont associés au financement, les éléments qui leur permettraient d'exercer la gestion du risque leur sont refusés. Il est parfois objecté que des informations capitales seront ainsi transmises. En réalité, pour des médicaments remboursés à 15 %, ces informations n'ont rien de capital.

Mme Marisol Touraine. Avec cet amendement, le risque existe, comme vient de le souligner Yves Bur, de voir les assurances complémentaires réunir sur les assurés des données, qui viendraient modifier leurs conditions de contractualisation. En outre, nous nous engageons, sous couvert de technicité, sur la voie d'un transfert de la gestion du risque de la sécurité sociale aux organismes complémentaires, ce que souhaite d'ailleurs le Gouvernement.

La remise en cause du dispositif actuel en faveur d'une prise en charge plus forte par les complémentaires mérite au minimum des évaluations plus poussées que celles dont nous disposons aujourd'hui.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis favorable à l'amendement. Les complémentaires sont trop souvent des payeurs aveugles. Elles doivent pouvoir participer à la gestion du risque. Elles constituent des partenaires majeurs dans la prise en charge du financement de la protection sociale.

La Commission adopte l'amendement (amendement n° 23).

Après l'article 29

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 17 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Les personnes dépendantes qui se soignent à domicile ont souvent des difficultés à reconnaître les médicaments. Les semainiers ne sont pas toujours une solution adaptée. Je propose donc de permettre, sous réserve de la fixation d'un cahier des charges, la préparation de doses de médicaments administrés par le pharmacien et en officine, pour les personnes âgées dépendantes à domicile.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cette idée, déjà évoquée lors de la préparation de la loi dite « HPST », pourrait être intéressante, mais relève-t-elle du domaine de la loi ?

Le pharmacien est un acteur de santé. Il peut y avoir un accord entre lui et le patient.

(M. Georges Colombier, secrétaire de la Commission, remplace M. Pierre Méhaignerie au fauteuil présidentiel)

M. Jean-Luc Prével. Des jurisprudences contradictoires ont été édictées par des cours d'appel. Une législation claire est nécessaire. Des arrêtés relatifs aux établissements, prêts depuis le mois de juin, ne sont toujours pas publiés. Je

souhaiterais que la ministre s'engage en séance publique. Nous devons savoir si la préparation des doses vaut déconditionnement et reconditionnement. Des tribunaux ont considéré que dès lors qu'il y avait déconditionnement et reconditionnement, une autorisation de mise sur le marché spécifique devait être demandée.

Mme Marisol Touraine. Les pharmacies ne peuvent-elles pas déjà effectuer ce type d'opérations ? Dans la négative, pourquoi le dispositif serait-il limité aux personnes âgées dépendantes ? Des personnes âgées confrontées à la prise de médicaments en grande quantité peuvent à la fois ne pas être dépendantes et ne pas avoir la capacité de composer elles-mêmes des piluliers de façon sûre.

M. Guy Lefrand. Nous ne sommes pas là dans le cadre de la loi, et encore moins dans celui du projet de loi de financement. Par ailleurs, même si le dispositif précise que la préparation est faite sous la responsabilité du pharmacien, il n'indique pas qui aura capacité pour la réaliser ; un travail plus approfondi est nécessaire.

M. Jean Bardet. Il n'est pas besoin d'une loi.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Mon avis reste défavorable. L'idée, pour bonne qu'elle soit, relève du règlement. En revanche, je suis favorable à ce que Jean-Luc Prével aborde la question dans l'hémicycle, afin que la ministre lui apporte une réponse.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS 18 de M. Jean-Luc Prével.

Mme Catherine Lemorton. Il me semble, concernant le déconditionnement et le reconditionnement, que la ministre avait répondu clairement lors de la discussion du projet de loi dite « HPST », et qu'elle nous avait rassurés s'agissant de l'autorisation de mise sur le marché.

M. Jean-Luc Prével. Un décret et un arrêté, prêts depuis le mois de juin, n'ont pas été publiés. Je souhaite donc que la ministre prenne en séance l'engagement de le faire.

Après avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.

Article additionnel après l'article 29

**Compétence des sages-femmes pour la surveillance
et le suivi biologique d'une contraception**

Puis elle est saisie de l'amendement AS 11 de Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. L'amendement vise à corriger une disposition adoptée lors de l'examen en commission mixte paritaire du projet de loi dite « HPST », contraire à l'esprit de la loi et génératrice de dépenses supplémentaires

et aberrantes : elle aboutit à faire obligatoirement assurer par les médecins le suivi de prescriptions faites par les sages-femmes.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Étant cosignataire de l'amendement, mon avis ne peut être que favorable.

La Commission adopte l'amendement (amendement n° 24).

Article additionnel après l'article 29

Obligation, pour les praticiens exerçant à honoraires libres, d'effectuer au moins un tiers de leurs actes à tarifs opposables

Elle examine ensuite l'amendement AS 326 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. L'injonction faite par le Parlement en faveur d'un accord concernant le secteur optionnel a été entendue ; un protocole d'intention a été signé jeudi. Néanmoins, la question du monopole qu'exercent parfois des médecins travaillant en secteur 2, notamment en zone urbaine, n'est pas réglée.

L'amendement, que l'Assemblée avait déjà adopté il y a deux ans, propose que, à l'instar des médecins qui opteraient pour le secteur optionnel, les médecins du secteur 2, là où ils sont en situation d'exclusivité ou de quasi-exclusivité, soient tenus d'exercer 30 % de leur activité au tarif opposable. Si telle était déjà la réalité – ce dont je doute – l'amendement ne ferait qu'inscrire celle-ci dans la loi.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. L'accord souhaité par les députés et les sénateurs a été signé le 15 octobre. Aujourd'hui, les partenaires négocient. Laissons la négociation se dérouler et, si nécessaire, examinons de nouveau la question en temps utile. La ministre s'intéressera elle aussi aux résultats des discussions.

Mme Marisol Touraine. Cette question sera l'objet d'un débat serré en séance. Même si nous sommes favorables à l'amendement, nous pensons qu'il ne règle que très marginalement la question. La création d'un secteur optionnel ouvre le droit à dépassements d'honoraires à des médecins qui pratiquent le tarif opposable. La contrepartie aurait évidemment dû être que des médecins qui pratiquent de larges dépassements d'honoraires les limitent ou pratiquent le tarif opposable. Nous allons vers une inflation des tarifs. Par ailleurs, j'ai le sentiment que pour nombre de médecins, le tarif opposable ne correspond à la réalité ni de leur pratique ni de leurs études. Pour mieux contrôler le secteur 2, une revalorisation des tarifs du secteur 1 serait préférable.

Le risque d'imposer 30 % d'actes au tarif opposable est que les praticiens compensent ce qu'ils auront ainsi perdu en accroissant, sur les 70 % d'actes restants, les dépassements de tarifs qu'ils pratiquent. Eu égard à ce qu'a

été la négociation conventionnelle, il nous semble difficile que le législateur puisse s'exonérer de sa responsabilité.

Mme Jacqueline Fraysse. L'amendement, auquel je suis favorable, est cependant loin de régler des difficultés préoccupantes. Je crains que la création du secteur optionnel n'aboutisse à la suppression non pas du secteur 2, mais du secteur 1. Pour autant, la disposition proposée ne me paraît pas contradictoire avec la négociation en cours : la représentation nationale conserve le droit de fixer une orientation et de donner un avis !

M. Denis Jacquat. L'amendement a le mérite de poser aussi la question de la situation de régions médicalement défavorisées. Il ne sera jamais possible d'imposer à un médecin de travailler toute sa vie à un endroit où il ne veut pas rester. Chaque année, il nous est exposé que la question sera réexaminée l'année suivante. Or, il faut au moins dix à quinze ans pour qu'une réforme en matière d'études ou de démographie médicales commence à produire ses effets. Je suis donc favorable à cet amendement d'appel ; il faut aller vite.

M. Claude Leteurtre. L'amendement est excellent et nécessaire. Je me souviens avoir entendu, lors des auditions conduites par la mission d'information sur la prise en charge des urgences médicales, qu'en Seine-Saint-Denis, la saturation des urgences avait pour origine le fait que ce département ne comptait plus un seul spécialiste en secteur 1, tous exerçant en secteur 2.

M. Guy Lefrand. Les dispositions de la convention créant le secteur optionnel sont beaucoup plus restrictives que celles de l'amendement, puisqu'elles prévoient qu'un tiers de l'activité sera réalisé en secteur 1 et que les dépassements effectués en secteur 2 seront limités à 50 %. L'amendement encadre l'activité en secteur 2, mais sans favoriser l'évolution vers le secteur optionnel.

M. Yves Bur. Le secteur optionnel reste encore virtuel. Aucune convention n'a encore été signée. Pour autant, le risque existe que les praticiens exerçant en secteur 2 n'abandonnent pas celui-ci et que ceux d'entre eux qui, aujourd'hui, se contentent de majorations de tarifs inférieures à 50 % augmentent leurs tarifs jusqu'à ce taux.

Par ailleurs, il semblerait que les médecins travaillant en secteur 2 exercent souvent une part de leur activité, de l'ordre de 30 % au moins, en secteur opposable. Si tel est le cas, cet amendement ne changera rien ; dans le cas contraire, il encouragera peut-être des médecins à rejoindre le secteur optionnel, en profitant d'avantages supplémentaires.

Il n'est pas possible de renvoyer sans cesse à plus tard le débat sur le secteur 2 et les dépassements, ou encore sur la démographie médicale : des études ont montré qu'en Bourgogne, par exemple, 35 % des médecins généralistes cesseront leur activité entre 2012 et 2016 sans être remplacés. Il faut agir immédiatement. Les dépassements créent des difficultés majeures aux patients ;

même des établissements hospitaliers privés partagent aujourd'hui le sentiment qu'ils sont contre-productifs pour l'ensemble du secteur de l'hôpital privé.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. L'accord relatif au secteur optionnel vise uniquement les chirurgiens, les anesthésistes et les obstétriciens. Ce n'est que dans ces trois spécialités que des praticiens pourraient revenir du secteur 2 vers le secteur optionnel. Ce choix est souhaité par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les représentants des médecins. L'accord devrait être signé le 15 janvier et aller dans le sens d'un dépassement limité à 50 %. L'amendement de Yves Bur a un autre objet : réguler le secteur libre. Il régule le secteur 2. J'y suis donc défavorable. Il faut laisser les parties conventionnelles débattre de ces points.

La Commission adopte l'amendement AS 326 (amendement n° 26).

(Le président Pierre Méhaignerie remplace M. Georges Colombier au fauteuil présidentiel)

Article additionnel après l'article 29

Développement de la prescription dans le répertoire des génériques

La Commission examine l'amendement AS 366 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. L'objet de cet amendement est de renforcer la prescription de médicaments génériques.

Des laboratoires pharmaceutiques développent des stratégies destinées à éviter le remplacement de leurs produits phares par des médicaments génériques. L'une des techniques utilisées consiste, peu avant que des médicaments génériques puissent être mis sur le marché, à remplacer le médicament auquel ils pourraient se substituer par un autre médicament, nouveau, dont la composition diffère peu.

L'amendement tend à recommander aux médecins de prescrire dans le répertoire générique plutôt que des médicaments non génériques à l'efficacité thérapeutique similaire. En matière de prescription générique, la France reste encore très largement en retard sur tous les autres pays.

M. Guy Lefrand. Nous ne pouvons tous qu'être favorables à l'incitation à la prescription de médicaments génériques. En revanche, l'amendement institue une obligation. Une telle remise en cause de la liberté de prescription me semble nécessiter des discussions plus approfondies.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je crois comprendre que les excès de prescription hors du répertoire des génériques entraîneraient une mise sous un régime d'accord préalable, et qu'il ne serait pas institué d'obligation plus

contraignante. À ce titre, la liberté de prescription me semble largement conservée. Simplement, la prescription est orientée vers le générique. Il ne s'agit pas non plus d'instaurer le tarif forfaitaire de responsabilité. La procédure est celle prévue à l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale.

M. Yves Bur. La molécule plus récente, même si elle n'apporte guère d'effets thérapeutiques nouveaux, est souvent préférée à la molécule générique. L'amendement tend à faire en sorte que les praticiens prescrivent cette dernière qui permet de réelles économies, lesquelles servent à leur tour à financer de véritables innovations et pas simplement des *me-too*.

Mme Catherine Lemorton. En prévoyant des exceptions, notamment des « raisons particulières » tenant au patient, l'amendement autorise la mise en œuvre de stratégies de contournement ou de retardement des génériques : pour prendre l'exemple de l'anticonvulsant Valproate de sodium, il a suffi qu'une trentaine de médecins sur le territoire national estiment que leurs patients étaient moins bien soignés avec le générique qu'avec le princeps pour que l'agence de sécurité sanitaire stoppe la substitution pendant six mois. Il en est allé de même avec des patches.

M. Élie Aboud. Les conséquences de l'amendement risqueraient d'être très lourdes en termes de santé publique. Aussi conviendrait-il de laisser la discussion s'engager sur ce point entre les partenaires. N'oublions pas que 60 % des contrefaçons sont fondées sur des médicaments génériques.

M. Jean Bardet. Les « raisons particulières » dont il est fait état dans l'amendement pour ne pas prescrire un générique tiennent, le plus souvent, à la présentation différente de ce dernier. Il conviendrait, pour que des malades ne s'opposent pas dans ces conditions au générique, que celui-ci non seulement ait la même présentation que celle du princeps, mais qu'il porte aussi le même nom.

M. Pierre Morange. La Mission d'évaluation et de contrôle, dans un rapport d'information de Catherine Lemorton sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments, a souligné une relative inertie quant au suivi et à l'amélioration du service médical rendu. Il conviendrait donc, dans le cadre du jeu de rôle qui entoure les interventions du triptyque Haute autorité, agence de sécurité sanitaire et comité économique, d'adosser toute décision en la matière à des autorités compétentes.

M. Yves Bur. La sécurité sociale a perdu plusieurs centaines de millions d'euros dans le cas de médicaments dont l'effet thérapeutique prouvé n'était pas plus important que celui du générique, comme, par exemple, l'Oméprazole.

Je propose de revoir la rédaction de cet amendement afin de calmer les inquiétudes des prescripteurs, car ce ne sont bien sûr pas eux qui sont visés.

Mme Marisol Touraine. L'amendement semble hésiter entre la volonté d'augmenter la part des génériques dans les prescriptions et celle de permettre la mise sur le marché d'une nouvelle molécule alors que l'ancienne, génériquée ou non, règle encore 80 % voire plus des situations. Une rédaction plus claire s'impose.

M. le président Pierre Méhaignerie. L'amendement est réservé jusqu'à la fin de la discussion du projet de loi.

M. le président Pierre Méhaignerie. Nous revenons à l'amendement AS 366 que nous avons réservé.

La Commission est donc saisie de l'amendement AS 366 rectifié de M. Yves Bur, portant article additionnel après l'article 29.

M. Yves Bur. L'objet de l'amendement AS 366 était d'inciter les médecins à orienter leurs prescriptions vers le répertoire des médicaments génériques, lorsqu'il existe plusieurs alternatives médicamenteuses. L'amendement était sous-tendu par l'idée que, tout en privilégiant la qualité de leur prescription, ils ont l'obligation légale de faire des choix aussi économiques que possible.

La Commission a estimé le texte trop contraignant. La nouvelle rédaction recommande aux médecins de prescrire, autant que possible, dans le répertoire des génériques, à moins que des raisons particulières, tenant au patient, ne s'y opposent. Le dispositif ne comporte pas de sanction automatique. En cas de manquements répétés, le directeur de l'organisme d'assurance maladie peut simplement engager une démarche de mise sous accord préalable, qui passe par des procédures de conciliation que le projet de loi renforce.

Je rappelle que les pratiques de contournement des génériques par l'industrie du médicament ont coûté plusieurs centaines de millions d'euros à l'assurance maladie.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La nouvelle rédaction améliore grandement l'amendement. Désormais, les professionnels de santé seraient incités à prescrire dans le répertoire des génériques, conformément aux principes déjà fixés par l'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale qui dispose déjà que les médecins sont tenus d'observer « la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins ». Avis favorable.

Mme Catherine Lemorton. Que l'amendement soit mieux rédigé n'en accroît pas la portée. Élargir le répertoire des génériques serait plus judicieux. Nous déposerons un amendement en ce sens. Le répertoire français des médicaments génériques est l'un des plus étroits d'Europe.

Quant à la mention « à moins que des raisons particulières tenant au patient ne s’y opposent », elle est superfétatoire. Lorsqu’un médicament est substitué à un autre, la question des contre-indications aux excipients est toujours posée. Je rappelle au passage que les excipients utilisés pour les génériques n’ont jamais été différents de ceux utilisés pour les molécules princeps.

Une démarche bien plus utile aux médecins, préconisée du reste dans l’un des rapports de la MECSS, serait de développer les logiciels d’aide à la prescription.

Mme Marie-Christine Dalloz. Si l’amendement n’institue plus d’obligation, l’incitation est extrêmement directive : en cas de non-respect de celle-ci, à partir d’un certain nombre de prescriptions – dont le nombre reste à définir –, la procédure d’accord préalable est mise en œuvre. Pour autant, n’avons pas une fois de plus affaire à un amendement cavalier ?

M. Guy Lefrand. La rédaction désormais proposée me satisfait.

M. Yves Bur. L’amendement a pour objet de mettre fin à une pratique de contournement des génériques, fondée sur la création de nouveaux médicaments, pas forcément plus efficaces, mais beaucoup plus coûteux pour l’assurance maladie. Donner un signal était nécessaire.

La France accuse du retard dans le développement de son répertoire de médicaments génériques. Les médecins doivent pouvoir s’inscrire dans ce souci d’optimisation de la dépense sociale. Pour cette raison, l’amendement n’est pas un cavalier.

M. Pierre Morange. La MECSS avait préconisé de rendre quasi-systématique l’utilisation de logiciels d’aide à la prescription. Cependant, n’étant pas encore tout à fait opérationnels, ceux-ci rencontraient des difficultés d’agrément.

En accord avec les membres de la mission, je me propose d’interpeller de nouveau l’autorité compétente pour que les engagements pris lors de l’élaboration du rapport soient tenus : les logiciels devaient en effet être opérationnels à la fin de l’année 2009. Une règle de conduite, un « fil rouge », aisé à suivre, serait ainsi proposé aux prescripteurs.

Mme Jacqueline Fraysse. Pourquoi délivre-t-on des autorisations de mise sur le marché à des médicaments qui, sans rien apporter de plus que les génériques, empêchent le développement de ceux-ci ? Des études utilisant des comparateurs doivent être conduites. Lorsqu’elles concluent qu’un médicament nouveau n’apporte aucun progrès, le courage doit conduire à en refuser la commercialisation.

Mme Marisol Touraine. L’amendement nous paraît très en deçà du nécessaire. Cependant, il envoie un signal. Nous le voterons donc.

Au passage, je suppose que la formule : « plusieurs alternatives médicamenteuses » signifie : « plusieurs choix médicamenteux ».

M. Yves Bur. Oui.

Mme Edwige Antier. D'autres raisons que l'intérêt commercial permettent d'expliquer la difficulté de développement des médicaments génériques. Prescrire un médicament générique de *l'Augmentin*, un antibiotique pour enfant bien connu, c'est devoir écrire « amoxicilline/acide clavulanique » ! Une simplification est nécessaire. Les ordonnances des médecins devraient pouvoir mentionner le nom commercial du produit, suivi, entre parenthèses, du mot : « générique » ou de l'expression : « gé ». Le pharmacien pourrait alors délivrer le générique dont il dispose, qui, le cas échéant, n'est pas forcément le même que celui prescrit.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. L'amendement, auquel chacun semble favorable, institue une orientation pour la prescription de génériques, selon une démarche proche de celle du contrat d'amélioration des pratiques individuelles.

La Commission adopte l'amendement AS 366 rectifié (amendement n° 25).

Après l'article 29

La Commission est ensuite saisie de l'amendement AS 163 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Afin d'apprécier l'amélioration du service médical rendu d'un médicament, il ne faut pas simplement le comparer avec un placebo, mais avec un autre médicament actif sur la même pathologie. Je conteste d'ailleurs l'autorisation de mise sur le marché de molécules qui n'apportent rien de vraiment nouveau, ce qui permet de contourner la prescription générique.

Après avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS 325 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) doit trouver la bonne articulation avec le champ conventionnel, sans pour autant être soumis à ce dernier.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Laissons justement à la négociation conventionnelle le soin d'articuler les CAPI – qui ont pris plus d'importance que prévu puisque l'on en dénombre plus de 11 000 aujourd'hui alors que l'on en escomptait 3 000 ou 4 000 – avec le champ conventionnel.

L'amendement est retiré.

La Commission examine ensuite l'amendement AS 327 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Les CAPI doivent pouvoir être adaptés en intégrant les objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie arrêtés chaque année.

M. Guy Lefrand. Les avenants ainsi envisagés s'imposeront-ils aux médecins ? Les CAPI étant des contrats individuels, une telle précision relève-t-elle vraiment du domaine législatif ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Le CAPI est un contrat entre les caisses et les professionnels de santé, qui a pour objectif la maîtrise médicalisée. Laissons-le évoluer en fonction des négociations conventionnelles entre les caisses et les représentants des professionnels de santé. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Article 30

Procédure de mise sous accord préalable

Le présent article a pour objet d'aménager la procédure de mise sous accord préalable en modifiant les conditions de ciblage des praticiens dont les pratiques justifient une telle procédure et en instituant une procédure alternative à la mise sous accord préalable.

1. La procédure actuelle de mise sous accord préalable

L'article 25 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, dont les dispositions sont codifiées à l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale, a instauré une procédure de mise sous accord préalable visant à renforcer le contrôle des arrêts de travail et des transports prescrits en nombre anormalement élevé ou de manière abusive. Cette procédure a été étendue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 à toute prescription d'acte, de produit ou de prestation significativement supérieure aux moyennes régionales.

L'article L. 162-1-15 précité donne ainsi compétence aux directeurs d'organismes locaux d'assurance maladie pour subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois :

– la couverture d'actes de soins, de prestations, de médicaments et de dispositifs médicaux remboursables ;

– la couverture des frais de transport sanitaire ;

– le versement des indemnités journalières d'assurance maladie ou d'accident du travail.

Le directeur de la caisse peut engager une procédure de mise sous accord préalable, dès lors que le service du contrôle médical a constaté que le médecin :

- ne respecte pas les conditions de prise en charge des frais de transports et de versement des indemnités journalières d’arrêts de travail ;

- prescrit un nombre ou une durée d’arrêts de travail donnant lieu au versement d’indemnités journalières « *significativement supérieurs aux données moyennes* » constatées, à activité comparable, pour ses confrères exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d’assurance maladie ;

- prescrit un nombre de transports sanitaires significativement supérieur à la moyenne régionale ;

- prescrit, parmi les différents types de transports sanitaires existants, un taux de transports en ambulance significativement supérieur aux moyennes régionales, au détriment des modes de transport relativement moins coûteux, par exemple en véhicule sanitaire léger (VSL) ;

- présente un nombre de réalisations ou de prescriptions d’actes, produits de santé ou prestations remboursables significativement supérieur aux moyennes régionales.

Le même article précise toutefois qu’« *en cas d’urgence attestée par le médecin prescripteur* », l’accord préalable de la caisse n’est pas requis.

Il prévoit, en outre, que le directeur de l’organisme local d’assurance maladie ne peut prononcer de mise sous accord préalable qu’après un entretien contradictoire avec le médecin visé et un avis de la commission des pénalités constituée au sein du conseil de la caisse concernée.

2. Le bilan des campagnes de mise sous accord préalable

Dans la pratique, à partir de 2006, les caisses d’assurance maladie ont d’abord ciblé l’application de la procédure de mise sous accord préalable sur les prescriptions d’arrêts de travail donnant lieu au versement d’indemnités journalières. D’autres campagnes de mise en œuvre de cette procédure ont été organisées ensuite, concernant les prescriptions de transports sanitaires et d’actes de masso-kinésithérapie en 2008, puis, en 2009, la part transports en ambulance plutôt qu’en véhicule sanitaire léger (VSL) parmi l’ensemble des transports sanitaires prescrits.

a) Une efficacité avérée

Les premières évaluations menées par la CNAMTS montrent que la mise sous accord préalable constitue un outil efficace de correction des pratiques de « surprescription ». En effet, les médecins soumis à cette procédure conserveraient des niveaux de prescription très bas, même plusieurs mois après la période

considérée. En outre, la CNAMTS estime que les campagnes de mise sous accord préalable concernant les prescriptions d'arrêt de travail lui ont permis d'éviter 47,7 millions d'euros de dépenses d'indemnités journalières depuis 2006.

Pour votre rapporteur, il ne faudrait pas négliger l'effet dissuasif qu'une décision de mise sous accord préalable visant un médecin en particulier peut avoir sur l'ensemble de ses confrères exerçant sur le même territoire. Les représentants de plusieurs organisations syndicales représentatives des médecins libéraux lui ont d'ailleurs indiqué, lors de leur audition, que dans les zones où certains médecins ont fait l'objet d'une telle décision pour leurs prescriptions d'actes de masso-kinésithérapie, l'ensemble des praticiens ont eu tendance à moins prescrire ces actes. Quoique difficile à quantifier, l'impact financier de ces effets dissuasifs n'en paraît pas moins significatif.

b) Des limites tenant à la lourdeur du dispositif

Le nombre de médecins ayant fait l'objet d'une décision de mise sous accord préalable est resté relativement limité : dans le cadre des campagnes ciblées sur les prescriptions d'arrêts de travail, 44 médecins généralistes se sont vu appliquer cette procédure en 2006, puis 159 en 2007 et 146 en 2008. Quant aux campagnes relatives aux transports sanitaires et aux actes de kinésithérapie, lancées à partir 2008, elles ont concerné respectivement 140 et 150 médecins.

D'après les explications fournies à votre rapporteur par le cabinet de la ministre, ce nombre relativement faible de mises sous accord préalable s'explique notamment par la lourdeur de la procédure, tant pour le médecin mis en cause que pour l'organisme d'assurance maladie concerné. La caisse doit en effet mettre en place un circuit de liquidation dérogatoire et complexe : chaque prescription doit faire l'objet d'une communication spécifique par le médecin prescripteur au service du contrôle médical, où le médecin conseil doit émettre un avis dans des délais très contraints et organiser les échanges d'information nécessaires entre les services administratifs et médicaux de l'organisme local d'assurance maladie.

De plus, le dispositif actuel de repérage des « surprescripteurs » comporte un biais : il repose sur un ciblage des praticiens ayant les plus forts volumes de prescription ou de réalisation de certains actes, produits ou prestations qui sont constatés en valeur absolue, sans que ces volumes soient rapportés ni au niveau d'activités de chaque praticien, ni à certaines spécificités locales.

Or, un praticien ayant une patientèle nombreuse et une activité particulièrement dense peut légitimement être conduit à prescrire plus d'arrêts de travail qu'un praticien exerçant à temps partiel, sans pour autant que ses habitudes de prescription soient moins bonnes.

À l'inverse, le dispositif de ciblage actuel ne permet pas de repérer les mauvaises pratiques de praticiens dont le volume d'activité est faible : ainsi, par exemple, un médecin peut avoir tendance à prescrire trop d'arrêts de travail, mais s'il n'exerce qu'à temps partiel, son volume de prescription d'arrêts de travail

peut, en valeur absolue, ne pas être significativement supérieur aux moyennes régionales.

On peut considérer, en outre, que la structure de l'activité de chaque médecin – y compris, notamment, son volume de prescriptions d'arrêts de travail ou de transports sanitaires –, est déterminée en partie par les caractéristiques démographiques et sociales de la population qui habite ou travaille dans le territoire où il est installé. On pourrait admettre, par exemple, qu'il y ait une corrélation entre le nombre de transports sanitaires prescrits par un médecin et la part des personnes âgées dans sa patientèle. Or, retenir des moyennes régionales pour comparer l'activité d'un praticien à celle de ses confrères, comme le prévoit l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale, ne permet pas toujours de tenir compte de ces spécificités locales.

3. Le dispositif proposé

a) Sanctions applicables aux médecins qui n'atteignent pas leurs objectifs de réduction de leur volume de prescription ou de réalisation d'actes

Le I du présent article (**alinéa 1**) tend à fixer les pénalités que le directeur de l'organisme local d'assurance maladie pourra infliger au médecin qui n'atteint pas les objectifs de réduction de ses volumes de prescription ou de réalisation d'actes, auxquels il a souscrit dans le cadre de la procédure alternative à la mise sous accord préalable que le 6° du II du présent article (alinéas 8 à 10) tend à instituer (*cf. infra*).

Ainsi, l'alinéa 1 tend à compléter, à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, l'énumération des cas dans lesquels le directeur d'un organisme local d'assurance maladie peut prononcer une pénalité. Dans sa rédaction actuellement en vigueur, le 6° du II de cet article prévoit la compétence du directeur pour infliger une telle pénalité en cas de récurrence d'un médecin après deux périodes de mise sous accord préalable. Il est proposé de compléter l'énoncé de ce 6° afin d'établir la compétence du directeur de l'organisme local d'assurance maladie pour prononcer une pénalité à l'encontre des médecins « *en cas de non-atteinte de l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévus* » dans le cadre de la procédure alternative à la mise sous accord préalable.

En application du III de l'article L. 162-1-14 précité, le montant de cette pénalité « *est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés* », soit proportionnellement aux sommes concernées et dans la limite de 50 % de celles-ci, « *soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables, forfaitairement dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale* ». Ainsi, la pénalité sera inversement proportionnelle à l'atteinte des objectifs que le médecin s'est engagé à atteindre, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 5 718 euros.

b) Modification des conditions de ciblage des praticiens passibles d'une décision de mise sous accord préalable

Le **II** du présent article (**alinéas 2 à 10**) poursuit un double objet :

– il vise à modifier les conditions de ciblage des praticiens pouvant faire l'objet d'une procédure de mise sous accord préalable ;

– il vise également à instituer une procédure alternative à la mise sous entente préalable, plus simple à mettre en œuvre.

À cette fin, il réorganise l'article L. 165-1-15 du code de la sécurité sociale. Ainsi, son **1^o (alinéa 3)** y regroupe dans un paragraphe I les dispositions concernant la procédure de mise sous entente préalable, tandis que les alinéas 8 et 9 créent un paragraphe II qui institue une procédure alternative (*cf. infra*).

Afin de rendre plus pertinents les critères de ciblage des médecins « surprescripteurs » susceptibles de faire l'objet d'une procédure de mise sous accord préalable prévus par l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale, les **2^o, 3^o, 4^o et 5^o** du **II** du présent article (**alinéas 4 à 7**) tendent à modifier respectivement les troisième, quatrième, cinquième et sixième alinéas de l'article L. 162-1-15, correspondant respectivement aux **2^o, 3^o, 4^o et 5^o** de l'énumération des dits critères dans cet article.

Ces alinéas de l'article L. 162-1-15 énumèrent quatre types de prestations, d'actes ou de produits pour lesquels un volume de prescription ou de réalisation significativement supérieur à la moyenne peut conduire un médecin à se voir appliquer une décision de mise sous accord préalable. Il s'agit :

– du nombre ou de la durée d'arrêts de travail prescrits, visés au troisième alinéa (**2^o**) de l'article L. 162-1-15 ;

– du nombre de transports sanitaires prescrits, mentionné au quatrième alinéa (**3^o**) du même article ;

– de la part des transports en ambulance parmi l'ensemble des transports sanitaires qu'il prescrit, en application du cinquième alinéa (**4^o**) du même article ;

– du nombre de réalisations ou de prescriptions d'un acte, produit ou prestation remboursable, comme le prévoit la première phrase du sixième alinéa (**5^o**) du même article.

Les modifications proposées visent à améliorer les règles d'évaluation des volumes de prescriptions ou de réalisation d'actes de chaque médecin sur deux points.

• *Rapporter le volume des prescriptions et des réalisations d'actes au volume total d'activité de chaque praticien*

Il est proposé que les volumes de prescriptions ou de réalisations d'actes d'un praticien puissent être appréciés non plus seulement en valeur absolue, mais

aussi en valeur relative, au regard de son volume total d'activité, c'est-à-dire « rapporté au nombre de consultations effectuées ».

À cette fin, le 2°, le 3° et le 5° du II du présent article (aliéna 4, 5 et 7) tendent à ajouter cette mention, respectivement, aux troisième, quatrième et sixième alinéas de l'article L. 162-1-15, qui visent respectivement :

- les prescriptions d'arrêts de travail ;
- les prescriptions de transports sanitaires ;
- les réalisations ou prescriptions de certains actes, produits et prestations.

Cette mesure vise à corriger un biais dans le ciblage des praticiens qui prescrivent les quantités les plus importantes de certains produits et prestations, ou qui réalisent le plus grand volume de certains actes. Ces quantités et ces volumes ne peuvent, en effet, être révélateurs de mauvaises pratiques, que s'ils sont appréciés non pas en valeurs absolues, mais au regard du niveau d'activité global du praticien, dont le nombre d'actes remboursés donne une image fidèle.

D'après les informations fournies à votre rapporteur par M. Jean-Claude Régi, président de la Fédération des médecins de France (FMF), ce biais a déjà donné lieu à des difficultés sérieuses dans l'application de la procédure de mise sous accord préalable.

● *Calculer les niveaux moyens de prescription ou de réalisation d'actes à une échelle suffisamment précise pour prendre en compte les spécificités de chaque territoire*

Il est proposé que les volumes de prescriptions ou de réalisations d'actes d'un praticien puissent être comparés, non plus seulement à une moyenne régionale, mais aussi à une moyenne établie à l'échelle du ressort d'un organisme local d'assurance maladie.

À cette fin, les 2°, 3°, 4° et 5° du II du présent article (aliéna 4 à 7) complètent respectivement les troisième, quatrième, cinquième alinéas de l'article L. 162-1-15, ainsi que la première phrase de son sixième alinéa, qui concernent respectivement :

- le nombre ou la durée d'arrêts de travail ;
- le nombre de transports sanitaires ;
- la part des transports en ambulance rapportée à l'ensemble des transports sanitaires prescrits par le même médecin ;
- le nombre de réalisations ou de prescriptions de certains actes, produits ou prestations remboursables.

Au 1^{er} janvier 2010, le régime général comptera 101 caisses, dont la plupart auront un ressort correspondant à peu près au périmètre d'un département : retenir une telle échelle permettra une analyse plus territorialisée des pratiques médicales. Cette mesure vise ainsi à permettre un ciblage plus pertinent des praticiens « surprescripteurs », grâce à une prise en compte plus fine du contexte local qui détermine en partie la structure de leur activité.

c) Instituer une procédure alternative à la mise sous entente préalable

Le 6^o du II du présent article (**alinéas 8 à 10**) du présent article vise à instituer une procédure alternative à la mise sous entente préalable pour conduire le médecin dans l'activité duquel des prescriptions ou des réalisations d'actes en nombre excessif auront été constatées à rectifier ses pratiques. À cette fin, il tend à compléter l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale par deux alinéas.

Le premier (**alinéa 9**) ouvre ainsi la possibilité pour le médecin, « *en alternative à la procédure de mise sous entente préalable* » et sur l'initiative conjointe du directeur de l'organisme local d'assurance maladie et du service du contrôle médical, de « *s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations en cause* ».

Il est précisé que le temps laissé au médecin pour atteindre ces objectifs est limité à « *un certain délai* », sans que celui-ci soit fixé par le texte. Selon l'exposé des motifs, ce délai ne pourrait pas excéder six mois.

Il est aussi prévu que si le médecin refuse de prendre un tel engagement, le directeur poursuit la procédure de mise sous accord préalable.

L'**alinéa 10** créé dans l'article L. 162-1-15 un paragraphe III qui renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de fixer les modalités d'application de l'ensemble de l'article L. 162-1-15 ainsi modifié.

D'après les précisions fournies au rapporteur, ces modalités pourront prévoir que le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant du service du contrôle médical proposeront cette procédure alternative au médecin mis en cause à l'issue de l'entretien contradictoire prévu au premier aliéna de l'article L. 162-1-15, au cours duquel le praticien est « *mis en mesure de présenter ses observations* ».

L'étude d'impact réalisée par le gouvernement sur le présent article indique également que l'objectif de réduction proposé au médecin dans le cadre de la procédure alternative devra être « *réaliste* » et ne pourra, « *en tout état de cause, être inférieure à la moyenne régionale ou départementale de référence* ».

En permettant d'éviter la mise en place du lourd circuit de liquidation nécessaire à la délivrance des accords préalables, cette mesure présentera des avantages tant pour les caisses – qui éviteront une surcharge d'activité – que pour

les médecins, qui éviteront un risque de perte de patientèle, et pour les patients, qui n'auront pas à subir d'allongement des délais de prise en charge.

D'après les renseignements fournis au rapporteur par la CNAMTS, les caisses primaires ont d'ailleurs mis en œuvre une procédure comparable, sans base légale, dès les premières campagnes de mise sous accord préalable organisées en 2006. Il s'agit d'entretiens organisés en alternative (voire en complément) à une procédure de mise sous accord préalable, visant à définir des objectifs de modification des pratiques du praticien en cause.

Enfin, le **III** du présent article (**alinéa 11**) dispose que le dispositif du présent article s'appliquera aux faits commis postérieurement à la date de publication du décret prévu par l'alinéa 9 pour fixer les modalités d'application de l'article L. 162-1-15, dans sa rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

*

Après avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 154 de Mme Martine Billard, tendant à la suppression de l'article 30.

Elle examine ensuite l'amendement AS 342 du rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Tout praticien auquel un directeur de caisse envisage d'infliger une pénalité est entendu par la commission des pénalités constituée au sein du conseil de la caisse – qui est composée de cinq représentants de ce conseil et de cinq représentants des professionnels de santé –, mais le directeur de caisse n'est pas tenu de respecter l'avis de la commission. Sachant que les recours contre ces pénalités sont longs, complexes et coûteux, l'avis du directeur doit, sous peine d'une injustice, être conforme à celui de la commission.

Une telle mesure permettra de renforcer le caractère collégial de la procédure et d'impliquer plus les représentants des professionnels de santé dans les décisions de la commission des pénalités.

M. Dominique Tian. C'est aux directeurs de caisse de décider d'une sanction et non aux syndicats professionnels !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Tout professionnel a le droit de se défendre, dès l'instant où une pénalité lui a été infligée. Dans les cas où la commission des pénalités donne raison au praticien, c'est son droit de se défendre qui est remis en cause si le directeur ne suit pas l'avis émis.

La Commission rejette l'amendement, de même que les amendements AS 343 et AS 344 de conséquence du même auteur.

Elle adopte ensuite l'amendement AS 337 du rapporteur, tendant à la correction d'une erreur matérielle (amendement n° 27).

Puis elle est saisie de l'amendement AS 28 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. La fixation d'un objectif de réduction des prescriptions ne devrait pas être faite sur la seule base de critères statistiques, mais dans un cadre de maîtrise médicalisée des dépenses. À cet égard, le patient doit, dans un contexte de relation de confiance, être informé par le médecin des engagements pris auprès de l'assurance maladie.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Il convient d'éviter toute aggravation des tâches administratives du médecin.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 30 ainsi modifié.

Après l'article 30

La Commission est saisie de dix-sept amendements portant articles additionnels après l'article 30.

Elle examine d'abord l'amendement AS 118 de Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. En matière de dépassements d'honoraires, l'information est prévue uniquement au-delà d'un seuil fixé à 70 euros aujourd'hui. Il convient de supprimer la subordination de l'information à ce seuil.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Une telle information existe déjà par l'intermédiaire des devis écrits ou encore de l'affichage dans les salles d'attente voire d'indications sur les sites informatiques. Là encore, on alourdirait les tâches administratives des médecins, ce qui n'est pas utile quand leurs dépassements sont plutôt raisonnables.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS 328 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. L'Ordre des médecins a exigé de ses adhérents qu'ils lui soumettent tout CAPI sous peine de sanction. Dans la mesure où l'existence d'un tel contrat résulte d'une volonté du Parlement, une telle soumission n'est pas nécessaire. Privilégions l'efficacité plutôt qu'une certaine forme de conservatisme.

M. Claude Leteurre. Si l'on considère que l'Ordre est garant de l'éthique et qu'il défend les patients, il est légitime de lui demander son avis.

Mme Dominique Orliac. Le CAPI touchant à l'exercice de la profession, il doit être présenté aux conseils départementaux de l'Ordre, qui

garantit l'indépendance et la liberté du praticien. À cet égard, si on ne peut qu'approuver l'engagement du médecin à améliorer ses pratiques professionnelles avec le CAPI, le principe de l'intéressement financier me choque sur le plan éthique.

Sur le plan déontologique, ne va-t-on pas instaurer une discrimination entre patients, selon qu'ils dépendent d'un médecin à grande patientèle – c'est-à-dire ceux qui sont les plus sollicités pour conclure un CAPI – ou des autres praticiens qui, eux, pourraient alors ne pas être considérés comme entrant dans le cadre des bonnes pratiques ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Puisque l'Ordre existe, il est normal qu'il intervienne, en particulier en matière de contrats. Avis défavorable.

Mme Jacqueline Fraysse. Je ne crois pas que l'Ordre soit en la matière davantage détenteur de l'éthique que nous. Je trouve même préoccupant que l'Ordre agite des menaces à propos d'une disposition votée par la représentation nationale.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS 29 de M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Le problème de l'accès à des soins remboursables est un problème majeur qui est loin d'être réglé. Or, la mise en œuvre du secteur optionnel sera sûrement longue et sujette à caution, puisque celui-ci est aujourd'hui limité aux seuls plateaux techniques lourds, laissant de côté les spécialités cliniques qui sont les moins bien rémunérées. Mais si le principe du dépassement, même pris en charge par des organismes complémentaires, n'est pas non plus satisfaisant, le secteur optionnel constitue malgré tout un progrès qu'il faut conforter. Il convient donc de l'instaurer dans la loi, afin que le ministre compétent prenne toute mesure permettant de le rendre effectif rapidement.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Laissons les partenaires conventionnels formaliser le secteur optionnel d'ici au 15 janvier, avant que le ministre ne le valide et que le Parlement l'accepte ou non.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS 52 de M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Il s'agit de permettre aux organismes complémentaires de participer davantage aux discussions conventionnelles avec les professionnels.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Il convient d'attendre la signature des premières conventions tripartites pour en faire le bilan, avant de modifier leur régime.

La Commission rejette l'amendement.

Article additionnel après l'article 30

**Information des assurés par les organismes complémentaires
d'assurance maladie**

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS 223 de M. Dominique Tian et AS 53 de M. Jean-Luc Prél.

M. Dominique Tian. Au même titre que les organismes d'assurance maladie de base, les organismes complémentaires doivent pouvoir informer leurs ressortissants en matière de dépassements d'honoraires.

Après avis favorable du rapporteur, la Commission adopte les deux amendements identiques (amendement n° 28).

Après l'article 30

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 125 de Mme Marisol Touraine.

M. Jean Mallot. Il s'agit de fixer, dans l'ensemble des pratiques, un principe d'égalité de traitement entre centres de santé et professionnels libéraux, conformément aux recommandations du rapport d'information de Marc Bernier et Christian Paul.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Il convient de tenir compte des spécificités de chaque cadre d'exercice, qui sont différentes selon que l'on exerce en cabinet privé ou en centre de santé. Les négociations entre les partenaires décideront de l'application ou non de ce principe d'égalité de traitement.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS 119 de Mme Marisol Touraine.

M. Jean Mallot. Des représentants des usagers doivent avoir le droit de siéger dans les commissions des pénalités.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il n'est pas utile d'augmenter le nombre des membres des commissions des pénalités, d'autant que les représentants des conseils des caisses sont issus des syndicats et ont donc vocation à représenter les usagers.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 32 de M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prével. Il convient de préciser dans la loi certaines dispositions concernant le CAPI.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Laissons d'abord le CAPI continuer à se mettre en place.

La Commission rejette l'amendement, de même que l'amendement AS 33 du même auteur.

Elle examine ensuite l'amendement AS 35 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Les fédérations hospitalières publiques et privées représentatives doivent être associées aux discussions concernant les mesures conventionnelles qui ont des conséquences importantes pour la gestion des établissements de santé.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable, ainsi que cela avait déjà été le cas pour l'amendement AS 23 avant l'article 28.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS 30 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. La CNAMTS est favorable au développement de la chirurgie ambulatoire en cabinet libéral, sous réserve d'un cahier des charges. Une telle possibilité s'inscrirait dans le plan de l'UNCAM de 2 milliards d'euros d'économies.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Il ne revient pas à l'UNCAM d'autoriser des pratiques nouvelles, pour lesquelles la sécurité des soins est engagée. Je défendrai après l'article 31 un amendement qui pourra vous satisfaire et que vous pourrez alors cosigner.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 200 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Cet amendement avait été présenté par M. Frédéric Lefebvre l'année dernière. Il tend à permettre à la sécurité sociale de réaliser des économies grâce au remboursement par les employeurs d'une partie des indemnités journalières consécutives à une maladie ou à un accident professionnel, lorsque le salarié a donné son accord pour télé-travailler.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Nous avons longuement débattu de ce sujet voilà quelques semaines, et si ce que propose l'amendement me semble, à titre personnel, envisageable, le moment de l'adopter n'est pas venu.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS 31 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Il s'agit de donner aux agences régionales de santé l'autorisation de négocier, dans les contrats d'objectifs et de moyens, une proportion minimale d'actes facturés sans dépassement d'honoraires.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Voyons déjà ce que décidera l'ARS en matière de schémas régionaux d'organisation des soins par rapport aux établissements tant privés que publics, sachant que le secteur optionnel intéressera principalement les spécialistes de plateaux techniques aujourd'hui en secteur 2.

M. Claude Leteurre. Le secteur optionnel ne concernera pas toutes les spécialités médicales, notamment l'endoscopie digestive et les actes d'urologie. Par ailleurs, la contrepartie d'une mission de service public doit s'accompagner d'une certaine contrainte, notamment d'une limitation des tarifs. Une partie de tarifs non opposables est nécessaire.

Mme Catherine Génisson. Je suis favorable à l'amendement bien qu'il relève plutôt d'une pétition de principe, car il s'agit en l'occurrence d'un accès à « une proportion minimale » de soins respectant le tarif opposable, « dans une limite fixée par décret ».

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS 191 de M. Claude Leteurre.

M. Claude Leteurre. L'article 30 de la loi dite « HPST » tend à assouplir les règles en matière de délais de paiement pour tenir compte des spécificités du secteur sanitaire et médico-social privé, ce qui pénalise les PME par rapport à de grands groupes comme Capiro ou la Générale de santé voire aux centrales d'achat des hôpitaux publics.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Il semble prématuré de revenir déjà sur une disposition de la loi qui vient d'être adoptée récemment et qui vise à assouplir les règles en matière de délai de paiement conformément à la loi du 4 août 2008 de modernisation de l'économie. Pour autant, évoquer le problème ne m'apparaît pas non plus inutile.

La Commission rejette l'amendement.

Article additionnel après l'article 30

Contrôle des arrêts de travail dans les collectivités publiques

Elle est ensuite saisie d'un amendement AS 330 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Cet amendement tend à permettre le contrôle des arrêts de travail dans les collectivités publiques, en prévoyant une contractualisation avec le service du contrôle médical de l'assurance maladie.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis favorable. On ne peut qu'être sensible à la volonté de ne pas soustraire les collectivités publiques de l'effort de lutte contre les arrêts de travail abusifs, mais je ne suis néanmoins pas sûr que les modifications des dispositions statutaires relatives aux trois fonctions publiques aient fait l'objet de toutes les concertations nécessaires.

La Commission adopte l'amendement (amendement n° 29).

Article 31

Régulation des dépenses de transport sanitaires

L'article 31 a pour objet d'optimiser la régulation des dépenses de transports sanitaires, qui constituent un poste de dépenses d'assurance maladie particulièrement dynamique.

1. La dynamique du transport des malades

Les dépenses de transports de malades ont fortement augmenté au cours de la dernière décennie, avec un taux d'évolution moyen de près de 8 % par an.

En 2008, les dépenses de frais de déplacement des malades se sont ainsi élevées à 2,6 milliards d'euros, dont 2,4 milliards d'euros pris en charge par l'assurance maladie, soit une progression de 4,6 % par rapport à 2007. Le transport en ambulance représentait, à lui seul, 1,1 milliard d'euros avec une progression de près de 4,4 % par rapport à 2007.

D'après le rapport de septembre 2007 à la Commission des comptes de la sécurité sociale, ces frais se répartissent en quatre catégories : les transports en ambulance (42 %) et les transports en véhicules sanitaires légers -VSL- (25 %) qui sont tous deux assurés par les entreprises de transports sanitaires, les transports en taxis (29 %) et les autres moyens de transports, dont le train (4 %).

Sur la période 2000-2007, les dépenses remboursables ont fortement progressé pour les ambulances (+ 11 % en moyenne par an) et les taxis, les transports en commun et transports particuliers (+ 13,5 % en moyenne par an) tandis que celles des VSL ont eu tendance à stagner (+ 1 % en moyenne par an).

Les dépenses remboursées ont ainsi vu leur croissance s'accélérer pour devenir un des postes les plus dynamique des soins de ville.

Le rapport de la CNAMTS de juillet 2009, relatif aux propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2010, souligne que si une certaine modération de l'évolution des dépenses a été constatée en 2007 (+ 5,1 %) et 2008 (+ 3,6 %), suite aux actions conjuguées de l'assurance maladie et des prescripteurs hospitaliers et libéraux, on assiste depuis le début de l'année 2009 à un retour vers un rythme tendanciel de progression des dépenses en augmentation.

Le début de l'année 2009 a été, en effet, marqué par une reprise de la progression soutenue des dépenses de transports, avec une augmentation de 8,2 % fin mai 2009 par rapport à la période janvier-mai 2008. En 2008, les prescriptions hospitalières de transports ont progressé de 5,3 %.

Cette forte croissance est due en grande partie à la progression des dépenses d'ambulance (11,7 %) et de transports en taxis et autres véhicules (12,1 %), alors que les dépenses de VSL ont augmenté plus modérément.

2. Les mesures déjà prises pour maîtriser la croissance des dépenses de transports sanitaires

La forte progressivité de ces dépenses explique que la maîtrise médicalisée des transports de malades soit devenue un enjeu majeur d'économies potentielles.

a) La mise en œuvre du référentiel de prescription médicalisée des transports

La maîtrise des dépenses de transport sanitaires a été renforcée par le décret n° 2006-1746 du 23 décembre 2006, relatif à la prise en charge des frais de transport exposés par les assurés, et par une circulaire du 24 août 2007 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses liées au transport des patients, qui s'inscrivent dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie, notamment des prescriptions hospitalières effectuées en ville.

Le code de la sécurité sociale subordonne désormais la prise en charge des frais de transport à des conditions médico-administratives et au respect d'un référentiel médical de prescription des transports, arrêté le 23 décembre 2006 par le ministre chargé de la sécurité sociale. Inspiré largement des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ce référentiel, établi après une longue concertation avec les représentants des syndicats représentatifs de médecins, de transporteurs sanitaires et de taxis, définit les critères médicaux et de dépendance pour la prescription d'un transport en ambulance, d'un transport assis professionnalisé ou de tout autre moyen. Il est désormais opposable à tous les prescripteurs, médecins libéraux et salariés, y compris hospitaliers.

La prise en charge du transport de patients est ainsi soumise à une prescription médicale préalable, dans laquelle sont mentionnés les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le moyen de transport prescrit. Cette prescription est soumise à un principe général d'économie, selon lequel les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du patient.

Suite à la publication de ce nouveau référentiel, une campagne d'information, passant notamment par des rencontres entre les délégués d'assurance maladie et les prescripteurs libéraux, a été initiée.

b) La procédure de mise sous accord préalable du service médical

Un encadrement particulier des forts prescripteurs a été mis en œuvre par l'assurance maladie, via la procédure de mise sous accord préalable prévue à l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale. À cet effet, les médecins, dont les prescriptions de transports sont les plus atypiques, voient celles-ci, après passage devant une commission *ad hoc*, soumises à l'accord préalable du service médical pour une période déterminée.

Si, malgré la mise en œuvre de cette procédure, un nombre important de transports était indûment mis à la charge de l'assurance maladie, soit que le médecin ne respecte pas les modalités de prescription liées à sa situation (qui lui sont précisées par l'assurance maladie), soit que la réalisation des transports concernés intervienne régulièrement avant l'avis du service médical, la responsabilité du prescripteur peut être engagée au titre de l'article 1382 du code civil et une récupération des indus réalisée au titre de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale.

141 mises sous entente préalable ont été prévues pour la totalité de la campagne 2008, concernant 120 médecins généralistes et 21 spécialistes.

D'après les éléments d'information recueillis, 100 médecins seront également ciblés au 2^e semestre 2009 pour la campagne 2009 de mise sous accord préalable.

En raison d'un manque de recul, l'impact de cette procédure n'a pas été encore évalué. Le surcoût des médecins qui avaient été retenus pour une mise sous accord préalable, dans le cadre de la campagne 2008, a toutefois été estimé à 2,1 millions d'euros.

c) La mise en œuvre des accords d'amélioration de pratiques hospitalières : les accords d'initiative locale

D'autres démarches ont également été initiées avec les médecins exerçant en établissements de santé. Celles-ci sont d'autant plus nécessaires que, comme le relève l'exposé des motifs du présent projet de loi, qui reprend une statistique communiquée par le point d'information mensuel de la CNAMTS du 23 janvier 2007, près de deux tiers des prescriptions de ces transports sanitaires (64 %) sont prescrits par les praticiens exerçant dans un établissement de santé (20 % par les spécialistes libéraux et 16 % par les généralistes).

La loi d'août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie avait à cet effet prévu la possibilité pour l'assurance maladie de négocier avec les fédérations représentatives des établissements de santé et le ministère chargé de la santé, tutelle des hôpitaux, des accords cadre nationaux en vue d'améliorer les pratiques hospitalières. Sur le terrain, des rencontres ont ainsi lieu entre les médecins conseils et les équipes hospitalières, en vue d'améliorer les pratiques hospitalières en matière de prescriptions hospitalières, mais aucun accord-cadre sur les

transports sanitaires n'est intervenu à ce jour. En 2007, l'assurance maladie a poursuivi le programme de maîtrise médicalisée engagé avec les médecins hospitaliers en définissant six thèmes prioritaires pour l'hôpital, parmi lesquels figure « *le bon usage des transports sanitaires* ».

Toutefois, des accords d'initiative locale ont été conclus à l'échelon local, fixant des objectifs propres à la région. L'avis sur la situation des établissements de santé, adopté le 23 avril 2009 par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, relève ainsi que depuis 2006, les missions régionales de santé ont été encouragées à promouvoir ce type d'accords.

Ces accords peuvent prévoir que les établissements de santé bénéficient du reversement d'une partie des dépenses évitées, dans la limite d'un plafond de 50 %. Les thèmes de ces accords répondent à une double exigence : intérêt en termes d'amélioration des pratiques hospitalières et en termes d'économies réalisables par l'assurance maladie. La proportion d'établissements concernés ayant signé des accords d'initiative locale traduit l'implication des acteurs de terrain dans ces démarches.

Ces accords portent sur le bon usage des prescriptions de transports. Ils visent à améliorer la qualité de prescription et l'adéquation du mode de transport prescrit à l'état du patient.

D'après les statistiques fournies par le ministère de la santé, 461 accords d'initiative locale relatifs au bon usage des prescriptions de transport ont été signés au 31 décembre 2008 sur 648 établissements concernés, soit un taux de 71 %, contre 284 sur 725 établissements concernés en 2007, soit 39 %.

Ces accords prévoient les conditions de reversement aux établissements du montant des dépenses évitées à l'assurance maladie grâce au bon usage des prescriptions de transport. Le taux de reversement aux établissements des dépenses évitées varie de 20 % à 30 % selon les régions. Pour l'année 2008, 26 établissements de santé ont bénéficié d'un intéressement pour un montant total de 259 124 €, au titre des accords portant sur le bon usage des prescriptions de transport. Peu d'établissements de santé ont été bénéficiaires en 2007, les accords ayant été signés en majorité à la fin de l'année 2007.

d) L'agrément des entreprises de taxi par une caisse primaire d'assurance maladie

La réglementation relative à la prise en charge par l'assurance maladie des transports effectués en taxis a été modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007).

En effet, l'article 38-I de celle-ci a modifié l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale relatif aux modalités de prise en charge par l'assurance maladie des frais de déplacement en taxi de l'assuré et visait à limiter certains abus mis en évidence par une enquête menée fin 2006 par la Direction de la concurrence, de la

consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF). Jusqu'alors, seules les entreprises de transports sanitaires devaient, en effet, conclure une convention nationale avec les organismes d'assurance maladie, l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale ne prévoyant, s'agissant des entreprises de taxi, qu'un régime conventionnel facultatif, se bornant le plus souvent à fixer les conditions dans lesquelles l'assuré pouvait être dispensé de l'avance des frais.

Depuis l'entrée en vigueur du nouveau dispositif le 1^{er} juin 2008, le remboursement des frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi est désormais subordonné à la signature préalable d'une convention entre l'entreprise de taxi et l'organisme local d'assurance maladie. La convention locale, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, doit être conforme à une convention type, publiée au *Journal officiel* du 23 septembre 2008, et établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur. Ce régime conventionnel organise la dispense d'avance de frais et prévoit la négociation d'une décote tarifaire par rapport aux tarifs préfectoraux, variable en fonction de la zone géographique et du type de tarif. Par ailleurs, il conditionne l'accès au conventionnement à une durée d'exercice préalable de deux ans pour les entreprises créées après le 1^{er} juin 2008.

Le premier bilan de ce dispositif indique que la proportion d'entreprises concernées ayant signé des accords locaux ou d'initiative locale traduit la forte implication des acteurs de terrain dans ces démarches.

e) Les mesures récentes de maîtrise des dépenses de transports sanitaires

Le 15 juin 2009, le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État et la ministre de la santé et des sports ont annoncé qu'ils souhaitaient que soit mis en place un plan permettant de « *renforcer les contrôles des gros prescripteurs* ». À ce titre, 100 médecins supplémentaires seraient mis sous accord préalable et des représentants de l'assurance maladie se rendraient dans les 200 hôpitaux qui prescrivent le plus de transports.

Par ailleurs, la proposition 8 du rapport de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2010, issu du conseil d'administration de la CNAMTS du 9 juillet 2009, souligne que les dépenses de transports résultant à hauteur des deux tiers environ des prescriptions issus des établissements de santé, « *c'est en direction de ces établissements que doivent avoir lieu les actions prioritaires* ». Il est ainsi proposé de favoriser la responsabilisation des prescripteurs hospitaliers par la signature de contrats entre les caisses primaires et les établissements de santé sur leur prescription de transport, ces contrats définissant des taux cibles d'évolution des prescriptions et les conséquences financières de leur dépassement ou de leur respect.

Enfin, d'après les informations recueillies auprès du ministère de la santé, un projet de lettre de la ministre de la santé et des sports à destination des directeurs d'agences régionales d'hospitalisation et des établissements de santé ayant pour but de présenter un plan d'action offensif serait en cours d'élaboration. Il a pour objectif de permettre une maîtrise durable des dépenses d'assurance maladie en matière de transports sanitaires, dans le respect des engagements pris par les ministres des comptes publics et de la santé le 19 juin 2009.

Les dispositions proposées par le présent article s'inscrivent donc clairement dans l'approfondissement de la démarche de maîtrise médicalisée des dépenses de transports de patients prescrits par des praticiens exerçant dans des établissements de santé.

2. Le nouveau dispositif de régulation des dépenses de frais de transport des établissements de santé

Le I de l'article 31 a pour objet de mettre en place, selon un mode contractuel, un dispositif de régulation des dépenses de frais de transport des établissements de santé, inspiré du dispositif de régulation des prescriptions de spécialités pharmaceutiques financées en sus des groupes homogènes de séjour prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Il insère ainsi, au sein de la section 2 (« *Frais de déplacement de l'assuré – Frais de transport* ») du chapitre II (« *Prestations en nature* ») du titre II (« *Assurance maladie* ») du livre III (« *Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général* ») du code de la sécurité sociale, un nouvel article L. 322-5-5 destiné à responsabiliser les établissements de santé sur l'évolution de leurs propres dépenses de transports.

L'alinéa 1^{er} de ce nouvel article L. 322-5-5 dispose en premier lieu que l'État procède à une analyse nationale de l'évolution des prescriptions de transport. Sur la base de cette analyse et sur recommandation du Conseil de l'hospitalisation, l'État arrêtera un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport remboursées sur l'enveloppe des soins de ville.

D'après les éléments d'information communiqués par le ministère de la santé, un objectif de limitation du taux de progression de la dépense de 4 % pourrait être fixé en 2010, soit la moitié du taux annuel moyen actuellement observé, puis de 3 % en 2011. Compte tenu des montants remboursés en 2008, l'économie serait de 55 millions d'euros en 2010 et de 150 millions d'euros en 2011.

On rappellera que, créé par l'article 45 de la loi sur la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004, le Conseil de l'hospitalisation, chargé aux termes de cet article de proposer une recommandation sur le taux d'évolution des dépenses de transport, a pour objet 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 de leur ressort en matière de prescriptions de transports sanitaires, les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie seront ensuite chargés, aux termes du deuxième alinéa du nouvel article L. 322-5-5, d'examiner l'évolution annuelle des dépenses de transports générées par les prescriptions des établissements de santé de leur ressort.

D'après les éléments d'information communiqués par le ministère de la santé, cet examen se fera au regard de l'analyse nationale menée et du taux prévisionnel d'évolution arrêté par l'État, mais également au regard de référentiels et recommandations médico-économiques élaborés par la CNAMTS et validés par la Haute autorité de santé ainsi que d'une liste d'indicateurs d'efficacité et de résultats dont le contenu sera précisé par arrêté, sur la base d'une construction élaborée par la CNAMTS en lien avec la haute autorité.

Dans le cas où les résultats de l'analyse de l'évolution des dépenses de transports sanitaires, éclairés par l'avis de l'organisme local d'assurance maladie, amèneraient l'agence régionale de santé à estimer que le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport n'a pas été respecté par un établissement et que ce dépassement résulte de pratiques de prescription non-conformes au référentiel de prescription fixé par l'arrêté du 23 décembre 2006 et à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire, inscrite à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale, le deuxième alinéa du nouvel article L. 322-5-5 dispose que l'agence régionale pourra décider de conclure avec l'établissement de santé concerné et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, d'une durée de trois ans.

Les troisièmes à cinquièmes alinéas du nouvel article L. 322-5-5 décrivent le contenu de ce contrat. Celui-ci devra être conforme à un contrat-type, établi selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la sécurité sociale qui renvoient aux contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins créés par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. La mobilisation de ce nouveau type de contrats est particulièrement opportune, dans la mesure où ils permettent l'octroi d'une contrepartie financière aux établissements signataires, ce qui renforcera la motivation de ces derniers.

Ce contrat devra notamment comprendre un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport, en lien avec le taux d'évolution des dépenses fixé nationalement, actualisé annuellement par avenant et un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en terme de prescriptions de transport.

Le sixième alinéa du nouvel article L. 322-5-5 prévoit que si l'établissement de santé refuse de signer le contrat visant à maîtriser l'évolution des dépenses en matière de transports sanitaires, l'agence régionale de santé lui adressera une injonction de reverser à l'organisme local d'assurance maladie un pourcentage, plafonné à 10 %, du montant des dépenses de transport liée aux prescriptions des médecins y exerçant une activité.

Le septième alinéa s'attache aux conséquences produites par le non-respect par un établissement de santé de son objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport. À l'issue d'une procédure respectant le principe du contradictoire, dans la mesure où il est prévu que l'établissement de santé puisse faire valoir ses observations, l'agence régionale de santé pourra lui enjoindre, lors d'un bilan annuel qui aura lieu à la fin de chacune des trois années de la durée du contrat, de verser à l'organisme local d'assurance maladie un pourcentage du montant de ses dépenses de transport, dont la somme ne pourra dépasser le montant du dépassement de son objectif.

Afin d'assurer au dispositif de régulation toute son efficacité, le huitième alinéa du nouvel article L. 322-5-5 met en place un dispositif d'intéressement de l'établissement de santé aux économies réalisées. L'agence régionale de santé pourra ainsi demander à l'organisme local d'assurance maladie de reverser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

Le dernier alinéa du nouvel article L. 322-5-5 dispose, afin d'assurer toutes les garanties de sécurité juridique au nouveau dispositif de régulation mis en place, que ses modalités d'application seront précisées par un décret en Conseil d'État.

Ce dispositif de régulation, qui s'ajoute aux efforts déjà réalisés pour maîtriser le poste dynamique des dépenses de transport, est de nature à inciter à la mise en place d'une organisation des transports sanitaires plus efficace.

3. L'expérimentation de nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports

Le II de l'article 31 procède à une réécriture globale de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, relatif aux expérimentations en matière de gestion des dépenses de transport liées aux prescriptions hospitalières.

a) Le cadre actuel des expérimentations résultant de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 avait pour objet d'autoriser, à titre expérimental, de nouveaux modes de prise en charge et de financement par l'assurance maladie des frais de transport prescrits au sein des établissements de santé.

L'expérimentation proposée portait, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour cinq ans au maximum, sur les modes de prise en charge et de financement par l'assurance maladie des frais de transports de patients résidant dans des établissements publics de santé, des établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier ou des établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale.

Tirant les leçons d'un système qui était particulièrement déresponsabilisant pour les établissements de santé, puisque deux tiers des prescriptions de transport pris en charge par l'assurance maladie sur les soins de ville sont en fait prescrites par des praticiens exerçant en établissement et ne devraient donc logiquement pas être imputées sur l'enveloppe soins de ville, l'expérimentation visait à confier à ces établissements de santé la gestion des transports prescrits par les professionnels qui y exercent. Les établissements pouvaient être dotés d'une enveloppe budgétaire, sous forme de dotation annuelle leur permettant d'organiser et de gérer les prestations de transports dans les meilleures conditions d'efficacité (mise en concurrence, émission d'appels d'offres, passation de marchés).

Dans l'optique d'une meilleure imputation de ces frais de transports prescrits par les praticiens exerçant dans les établissements de santé, dont beaucoup étaient à tort imputés sur l'enveloppe soins de ville, le dispositif prévoyait que le montant des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférents aux frais de transports entrant dans le champ de cette expérimentation serait pris en compte dans deux sous-objectifs de dépenses : la ligne MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation), commune aux secteurs public et privé pour les activités relevant de la tarification à l'activité ; et le sous-objectif de l'ONDAM relatif aux activités de soins de suite, de réadaptation et de psychiatrie des établissements publics et privés, aux hôpitaux locaux et aux unités de soins de longue durée.

S'agissant de la participation des assurés, l'article 64 disposait que l'expérimentation dérogeait à l'article L. 322-5-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit que la participation de l'assuré aux frais de transports, calculée sur la base des tarifs mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-14-2 (tarifs des honoraires, rémunération et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux), est versée aux prestataires de transports sanitaires. Dans le cadre de ces expérimentations, si la participation des assurés devait être calculée selon les mêmes modalités que celles en vigueur, ce qui n'affectait donc pas les taux, celle-ci devait être versée aux établissements de santé concernés.

En liaison avec les missions régionales de santé, les établissements expérimentateurs obtenaient ainsi la possibilité de se voir confier une dotation leur permettant d'organiser et de gérer les prestations de transports, auparavant prescrites sur le même mode que pour la médecine de ville, notamment par l'émission d'appels d'offre et la passation de marchés.

Les réunions techniques avec les missions régionales et établissements intéressés par le dispositif ont mis en lumière la complexité technique de celui-ci et les risques de charges supplémentaires de gestion imposées aux établissements expérimentateurs. La première expérimentation envisagée n'a donc pas abouti, car les établissements de santé et les sociétés de transport sanitaire n'étaient pas prêts à entrer dans une logique nouvelle de financement des transports où les hôpitaux recevraient une dotation de l'assurance maladie et passeraient des marchés après appels d'offres avec les entreprises de transports sanitaires. Au final, aucun établissement ne s'est porté volontaire pour cette expérimentation.

b) Le nouveau cadre expérimental proposé

Le II de l'article 31 met en place un nouveau cadre d'expérimentations en matière de gestion des dépenses de transport liées aux prescriptions hospitalières.

Ces expérimentations ont pour fondement constitutionnel l'article 37-1 de la Constitution, introduit lors de la révision constitutionnelle du 28 mars 2003 et aux termes duquel « *la loi et le règlement peuvent comporter, pour un objet et une durée limitée, des dispositions à caractère expérimental* ».

La nouvelle rédaction de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 respecte pleinement ces exigences constitutionnelles en fixant au nouveau cadre des expérimentations un objet limité, une durée limitée dans le temps et en prévoyant une évaluation de sa mise en œuvre.

L'expérimentation consistera à offrir aux établissements de santé, sur la base du volontariat, la possibilité de mettre en œuvre, à partir du 1^{er} janvier 2010, et pour une durée de cinq ans au maximum, de nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports (alinéa 1) destinées à les responsabiliser davantage et à optimiser leurs dépenses de transport. La liste des établissements de santé, entrant dans le champ de l'expérimentation, sera fixée par les agences régionales de santé, dans un délai de six mois à compter de la publication de la loi (alinéa 5).

L'objet de ces expérimentations est de développer des modes de transports plus efficaces, en facilitant la mise en place de transports partagés en recourant notamment à des véhicules sanitaires légers (VSL) ou des transports de patients à mobilité réduite (alinéa 2).

Le développement du transport partagé peut, en effet, être une réponse pertinente à la situation de bon nombre de patients qui suivent des traitements récurrents (rééducation, traitements itératifs, etc.) et qui utilisent les VSL. Le transport se faisant actuellement en fonction de l'heure de rendez-vous fixé par le centre de soins, le patient peut passer beaucoup de temps dans les transports ou dans l'attente d'un véhicule, ces derniers étant planifiés pour une succession de missions. Le fait que le patient soit seul dans le véhicule induit par ailleurs des coûts significatifs pour l'assurance maladie.

L'objectif du transport partagé est d'organiser autrement certains déplacements, en développant la logistique et en favorisant le partage du moyen de transport. Celui-ci se traduirait à la fois par un meilleur confort pour le patient, une rationalisation du travail du transporteur sanitaire, une économie pour l'assurance maladie, avec le développement des transports de plusieurs personnes dans le même véhicule, réduisant ainsi le montant global des remboursements, et une diminution des déplacements et donc de la pollution environnementale.

Le développement des transports de personnes à mobilité réduite vise, quant à lui, à remédier à la situation actuelle où une personne handicapée qui se déplace en fauteuil roulant est trop souvent transportée en ambulance alors que son état ne le nécessite pas. Outre le fait d'être allongée, qui renforce sa propre image de fragilité, ce mode de transport est coûteux (le coût d'un VSL, 12 €, est de deux tiers moins cher que celui d'une ambulance, 54 €) et peu justifié.

À côté du développement du transport partagé et du développement des transports de personnes à mobilité réduite, le caractère le plus innovant de ces expérimentations sera la possibilité de créer, par voie conventionnelle, des centres de régulation chargés de proposer au patient le mode de transport le plus adapté à son état de santé (alinéa 3). Ces centres de régulation seront créés par la voie d'une convention passée entre l'établissement de santé volontaire et les transporteurs sanitaires, qui devra respecter un cahier des charges général relatif aux modalités de mise en œuvre, fixé par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (alinéa 6). Bien entendu, les entreprises de transports, membres du centre de régulation, devront respecter le référentiel de prescription médicalisée de transports.

Dans le cadre de ces expérimentations, il sera possible de déroger au premier alinéa de l'article L. 322-5-1 du code de la sécurité sociale qui dispose que « *l'assuré est dispensé de l'avance de ses frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie, dès lors que le transport est réalisé par une entreprise de transports sanitaires conventionnée* » (alinéa 4). Concrètement, l'assuré qui refuserait la proposition de transport partagé, formulée par un centre de régulation, ne bénéficierait plus de la dispense d'avance des frais, ce qui est de nature à faciliter l'acceptation par les assurés de la proposition de transport partagé.

Les conditions d'évaluation de ces expérimentations sont soigneusement précisées. Les expérimentations seront évaluées chaque année, selon des modalités fixées dans un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, et un rapport sera transmis au Parlement à l'issue des cinq ans de l'expérimentation (alinéa 7).

Ce dispositif devrait favoriser une meilleure affectation de la ressource de transports, permettant ainsi la régulation économique d'un secteur fortement inflationniste.

4. Dispositions transitoires

Afin de tenir compte des délais inhérents à la mise en place des nouvelles agences régionales de la santé, créées par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST), le **III** de l'article 31 dispose que les compétences attribuées par cet article aux agences, tant pour ce qui concerne le nouveau dispositif de régulation des dépenses de frais de transport des établissements de santé que les expérimentations de nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports, seront exercées jusqu'à la date prévue au I de l'article 131 de la loi dite « HPST », c'est-à-dire jusqu'au 1^{er} juillet 2010, par les missions régionales de santé, mises en place par la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie.

*

La Commission examine d'abord l'amendement AS 110 de Mme Marisol Touraine.

M. Jean Mallot. Il est proposé, afin de développer des modes de transports plus efficaces, que les agences régionales de santé, conjointement avec les organismes locaux d'assurance maladie, mettent en place des centres de régulation chargés de proposer au patient le mode de transport le plus adapté à son état. Ces centres de régulation passeront une convention avec les établissements de santé et les ambulanciers.

Mme Catherine Génisson. Comment les ARS, éloignées du terrain, pourront-elles gérer de manière efficace la régulation des transports sanitaires ? Il existe déjà une structure, le SAMU.

Mme Edwige Antier. Il peut être très difficile d'organiser un transfert sans réanimation. Le SAMU peut se déplacer, mais à quel prix pour l'assurance maladie ? Au contraire, je pense qu'il est important que les ARS s'occupent de cette régulation.

M. Claude Leteurre. L'article 31 répond à une préoccupation de santé publique. Pour assurer la permanence des soins, il est important que les ARS aient en charge la régulation des transports.

Mme Catherine Génisson. Je suppose que les personnels des ARS ne vont pas s'occuper eux-mêmes de la régulation, qu'il faudra déléguer à un centre. Ce système, dont l'efficacité n'est pas avérée, coûtera très cher alors que le système de régulation auquel sont tenus d'adhérer les ambulanciers privés fonctionne déjà mal.

M. Guy Lefrand. Alors que nous tentons de simplifier l'organisation, je ne vois pas l'intérêt de créer des centres de régulation.

Mme Jacqueline Fraysse. Faisons d'abord le bilan de l'existant, avant de mettre en place les mesures coûteuses inscrites à l'article 31.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable à l'amendement.

L'article 31, dans son chapitre II, ouvre déjà la possibilité d'expérimenter de nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports en permettant aux établissements de santé et aux transporteurs de signer une convention créant des centres de régulation. Ces expérimentations feront l'objet d'une évaluation annuelle et, à leur terme, d'un rapport transmis au Parlement. Il convient donc d'attendre l'évaluation de ce dispositif avant, le cas échéant, de l'étendre.

Il est par ailleurs prévu, dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins, que les ARS prennent en compte les transports sanitaires – SAMU, mais aussi taxis, véhicules sanitaires légers (VSL), bus ou trains.

L'amendement est rejeté.

La Commission adopte ensuite l'amendement AS 332 de précision (amendement n° 30), présenté par le rapporteur.

Puis, elle adopte l'article 31 ainsi modifié.

La Commission est saisie de cinq amendements portant articles additionnels après l'article 31.

Après l'article 31

Elle examine d'abord l'amendement AS 155 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Les contrats d'amélioration des pratiques individuelles sont un succès et nous nous en félicitons. Mais il serait judicieux que les référentiels de bonnes pratiques soient élaborés par la Haute autorité de santé plutôt que par l'UNCAM, dont les préoccupations sont économiques.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cet amendement est superfétatoire dans la mesure où les objectifs du CAPI tiennent déjà compte des référentiels de la Haute autorité. Il importe de conserver aux CAPI toute leur souplesse.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS 157 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il convient d'appliquer aux centres de santé l'ensemble des dispositions conventionnelles conclues par les caisses d'assurance maladie avec les professionnels libéraux.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il est impossible de transposer directement aux professionnels qui travaillent dans les centres de santé les dispositions conclues avec les professionnels libéraux. Là encore, il faut conserver un peu de souplesse.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 219 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Le comité économique des produits de santé devrait comprendre des parlementaires, au nombre de quatre, afin d'assurer la transparence de son fonctionnement.

Après avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.

Article additionnel après l'article 31

Expérimentation relative à la chirurgie extra-hospitalière

Elle examine ensuite l'amendement AS 364 du rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il est proposé que les ARS puissent, à titre expérimental et pour une durée de deux ans, autoriser l'exercice d'activités d'anesthésie et de chirurgie hors des établissements de santé.

M. Jean-Luc Prél. Je demande à être cosignataire.

La Commission adopte l'amendement (amendement n° 31).

Article additionnel après l'article 31

Développement de la dialyse à domicile

Puis elle examine l'amendement AS 365 du rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il convient d'encourager le développement de la dialyse à domicile, moins coûteuse que la dialyse en établissement comme l'a montré un rapport de la CNAMTS ; le gain financier pourrait être de 150 millions d'euros.

Mme Catherine Génisson. Une mauvaise maîtrise de la dialyse à domicile peut rapidement entraîner des complications, ce qui explique d'ailleurs l'insuffisant développement de cette technique. Méfions-nous de l'effet contre-productif de telles propositions.

M. Claude Leteurre. Il conviendrait en effet d'évaluer la technique avant d'encourager son développement.

La Commission adopte l'amendement (amendement n° 32).

Article 32

Report à 2018 de la convergence tarifaire intersectorielle des établissements de santé et prise en charge des soins effectués dans des hôpitaux établis hors de France

L'article 32 vise, d'une part, à repousser de 2012 à 2018 la date cible de l'achèvement de la convergence intersectorielle entre les établissements de santé publics et privés et, d'autre part, à adapter le droit de la sécurité sociale à la situation d'assurés sociaux se faisant soigner dans un hôpital étranger en substitution d'un hôpital français, conformément à des accords relatifs aux soins transfrontaliers que la France a signés avec certains de ses voisins.

1. Report de la date d'achèvement de la convergence tarifaire intersectorielle

Le **I** a pour objet de modifier le VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 de financement de la sécurité sociale pour 2004, qui a posé le principe d'une convergence tarifaire intersectorielle, afin de repousser l'achèvement de cette convergence de 2012 à 2018.

a) La convergence intersectorielle est assez simple dans son principe

La tarification à l'activité (T2A), volet essentiel du plan « Hôpital 2007 » a été introduite en France en 2005 pour financer l'activité de court séjour des établissements de santé publics et privés.

Le principe de la T2A est de fonder le financement des établissements sur leur activité. La clé de partage entre établissements de santé des ressources, qui résultent de l'ONDAM voté par le Parlement, s'efforce désormais d'être la plus proche possible de l'importance de leur activité soignante. À cet effet, les caractéristiques administratives et médico-économiques de chaque séjour, sont saisies dans des résumés de sortie standardisés qui permettent de les rattacher ensuite, grâce à un logiciel de groupage, à un groupe homogène de malades (GHM). Les groupes homogènes de séjours (GHS) fixent ensuite les tarifs opposables, c'est-à-dire la base de remboursement par l'assurance maladie obligatoire des GHM : il s'agit de forfaits de séjour.

En France, les tarifs reflètent les coûts moyens des établissements par GHS. Ils sont, pour l'instant, distincts dans les secteurs publics et privés.

• *La convergence intersectorielle*

Le principe de la convergence intersectorielle repose sur l'idée d'une transition vers l'application de tarifs uniques pour l'ensemble des établissements de santé du secteur hospitalier. La convergence intersectorielle vise ainsi à ce qu'à

terme et pour des raisons d'équité, une même activité soit rémunérée dans chacun des secteurs, public et privé, de façon uniforme sur la base d'une même référence tarifaire. Comme le souligne le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son avis sur la situation des établissements de santé adopté le 23 avril 2009, « *le principe n'est pas contestable : il n'y a aucune raison de payer à des tarifs différents des prestations homogènes* ».

La convergence intersectorielle a pour objectif de réduire les différences de coût entre les établissements publics et privés, pour une même prestation de soins. L'hypothèse sous-jacente est que cette variabilité des coûts entre établissements publics et privés est due à des niveaux d'efficacité différents dans le processus de production de soins et que les établissements ont une capacité à réduire leurs coûts marginaux en améliorant leur productivité. Il peut néanmoins exister des différences de coûts inévitables, qui peuvent être justifiées par une hétérogénéité irréductible entre les différents types d'établissements.

● *La convergence intrasectorielle*

La convergence intersectorielle se distingue de la convergence intrasectorielle qui vise, au sein de chaque secteur, à amortir les effets revenus liés à la mise en place du nouveau mode de financement des établissements de santé par la T2A.

En effet, le changement du mode de financement entraîne automatiquement des effets de transferts de ressources importants entre établissements d'un même secteur, certains établissements recevant, avec des tarifs à 100 %, des ressources de l'assurance maladie plus élevées, tandis que c'est l'inverse pour d'autres établissements. Ces redéploiements financiers atteindront environ 1,2 milliard d'euros dans le secteur public et 140 millions d'euros dans le secteur privé.

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

Cette transition vers l'application des tarifs nationaux propres à chaque secteur s'effectue, tant dans le secteur public que privé, par l'application d'un coefficient de transition, qui vient augmenter ou diminuer les tarifs. Celui-ci, calculé pour chaque établissement, mesure la sur ou sous-dotation initiale d'un établissement par rapport au financement de son activité aux tarifs nationaux. D'ici 2012, fin de la période de convergence intrasectorielle, chaque coefficient doit se rapprocher progressivement de 1, de sorte qu'à cette date, tous les établissements d'un même secteur reçoivent, pour une activité identique, une ressource équivalente. L'objectif de convergence intrasectoriel traduit ainsi les efforts qui sont à réaliser au sein de chaque secteur pour gagner en efficacité.

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

b) Le législateur a progressivement clarifié le cadre de la convergence intersectorielle en lui fixant une échéance et une cible tout en laissant une place à une différenciation possible

L'exposé des motifs de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, introduisant le financement des établissements de santé par la T2A, mentionne un objectif de « *convergence (...) des tarifs à une échéance de dix ans* », mais cette loi ne contenait pas en elle-même de dispositions législatives relatives à la convergence intersectorielle.

Le principe d'une convergence tarifaire intersectorielle visant à l'application d'un tarif unique à l'ensemble des établissements du secteur hospitalier n'a été posé explicitement que dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, avec comme corollaire de ce principe, que la convergence doit concerner des prestations homogènes et prendre en compte les différences dans la nature des charges couvertes. L'article 17 de cette loi ⁽¹⁾, relatif aux conditions de fixation des tarifs, prévoyait en effet que l'objectif de convergence intersectorielle devait être atteint au plus tard en 2012, avec une étape intermédiaire en 2008 de réduction de 50 % des écarts entre les tarifs du secteur public et ceux du privé.

Prenant acte des nombreuses observations faites par les corps de contrôle, et notamment celles du rapport de janvier 2006 de la mission d'appui sur la convergence tarifaire public-privé (IGAS), indiquant que « *pour l'instant, la question 50 % de quoi ? n'a pas de réponse* » ou celles du rapport de la Cour des comptes de septembre 2006 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale consacré au pilotage de la politique hospitalière, et regrettant que la mise en œuvre de la convergence intersectorielle n'est « *pas définie dans ses principes essentiels : amplitude de l'écart à réduire, définition du périmètre des tarifs à faire converger, sens de la convergence* », la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a supprimé l'échéance intermédiaire de 2008, l'objectif d'une convergence pour 2012 étant toutefois maintenu.

(1) « *Pour les années 2005 à 2012, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012. L'objectif de convergence des tarifs devra être atteint à 50 % en 2008* ».

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a, par ailleurs, précisé 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, considérées par le rapport de l'IGAS de janvier 2006 précité comme ceux des établissements les plus efficaces.

La même loi a posé le principe de tarifs identiques pour les prestations nouvellement créées en disposant qu'*« à compter du 1^{er} janvier 2008 et afin de faciliter le processus de convergence, les tarifs des prestations nouvellement créées sont identiques pour les établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans la limite des écarts mentionnés à l'alinéa précédent »*.

Elle a également prévu que le Gouvernement remet, chaque année avant le 15 octobre, un rapport au Parlement *« sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. Le rapport précise notamment les dispositions prises pour prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur leurs coûts de leurs missions de service public »*, dispositions désormais codifiées à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

Enfin, le VI de l'article 1^{er} de la loi dite « HPST » dispose que *« jusqu'en 2018, le rapport prévu au V de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est transmis au Parlement en même temps que le bilan d'avancement du processus de convergence mentionné au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 »*. Il convient de souligner que le vote de cette disposition avalisait déjà implicitement le report de la date d'achèvement du processus de convergence intersectorielle à 2018.

Si le cadre législatif de la convergence intersectorielle a ainsi été progressivement précisé, il reste toujours à établir, comme le résume bien le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son avis sur la situation des établissements de santé adopté le 23 avril 2009 :

- « – le niveau de l'écart qu'il convient de justifier ou de résorber*
- d'expliquer l'origine des écarts et de les classer en*
 - éléments qui justifient une différence de tarifs (la loi prévoit ainsi très normalement que la comparaison – puis la convergence – doivent se faire pour des prestations de nature comparable)*
 - éléments qui ne peuvent fonder – en tout cas durablement – une différence de tarifs »*.

La poursuite du processus de convergence intersectorielle ne peut donc être, en effet, menée à bien que dans le cadre d'un constat objectif et partagé des écarts entre les deux secteurs, avec une méthodologie acceptée par tous. La fixation *a priori* d'un objectif chiffré n'a de sens que dans un contexte de transparence des différentiels de coûts qu'il importe encore de créer.

c) Le constat d'un écart facial entre les tarifs

Le rapport au Parlement sur la convergence tarifaire intersectorielle d'octobre 2008 donne une estimation de l'écart des tarifs entre les secteurs public et privé.

Le calcul d'un écart facial moyen des tarifs nécessite de valoriser une même base d'activité aux tarifs respectifs des deux secteurs et de déterminer un tarif moyen pour chacun d'eux.

Mais, comme les deux secteurs ont des activités différentes, on obtient – à partir des mêmes données – plusieurs estimations de l'écart tarifaire :

– si on retient la structure d'activité des établissements du secteur public, l'écart moyen de rémunération entre les deux secteurs serait de 40 % en 2006 et de 37 % en 2008 :

– si on prend la structure d'activité du secteur privé, l'écart tarifaire facial serait de 29 % en 2006 et de 25 % en 2008 ;

– si on retient comme base de référence l'ensemble des activités du secteur public et du secteur privé, l'écart s'établit à 36 % en 2006 et 33 % en 2008.

Le calcul de l'écart facial des tarifs est donc très dépendant de la référence d'activité sur laquelle son évaluation est basée. D'après le rapport précité, il est pertinent d'utiliser l'activité du secteur privé, s'il s'agit de mesurer pour les cliniques privées l'écart entre, d'une part, leur rémunération fondée sur leurs activités et leurs tarifs et, d'autre part, la rémunération qui serait la leur si ces mêmes activités étaient valorisées sur la base des tarifs du secteur public. En effet, la convergence consiste à rapprocher les tarifs et pas nécessairement les activités.

d) Les causes possibles de l'écart facial

Comme le précisait la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, la convergence intersectorielle doit s'opérer sur des prestations homogènes et « *dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs* ».

Cette approche implique, d'une part, de travailler sur des champs comparables et, d'autre part, de décomposer les écarts de coûts. Il convient en effet de distinguer les coûts justifiés par des différences dans la nature des charges de ceux non justifiés, traduisant des différences d'efficience.

• *Des différences de champ*

La convergence doit s'exercer à champs comparables. Or, les tarifs applicables à chacun des deux secteurs, public et privé, ne recouvrent pas les mêmes champs.

Comparaisons des périmètres de charges couvertes par les tarifs

Secteur public		Secteur privé	
Hors tarif	Inclus dans tarif	Inclus dans tarif	Hors tarif
	Rémunérations personnels médicaux, y compris charges sociales		Honoraires médecins Exonération des charges sociales en secteur 1
	Rémunérations personnels non médicaux	Rémunérations personnels non médicaux	
Listes en sus médicaments/dispositifs médicaux implantables	Fournitures médicales, médicaments/dispositifs médicaux (hors listes)	Fournitures médicales, médicaments/dispositifs médicaux (hors listes)	Listes en sus médicaments/dispositifs médicaux implantables
	Actes de biologie, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles		Actes de biologie, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles
	Charges logistiques, hôtelières et générales	Charges logistiques, hôtelières et générales	
	Transports au cours du séjour		Transports au cours du séjour
	Charges financières, amortissements	Charges financières, amortissements	

Source : Avis sur la situation des établissements de santé adopté le 23 avril 2009 par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Comme l'indique le tableau, le périmètre des tarifs n'est pas le même dans les deux secteurs. C'est tout particulièrement le cas du financement des honoraires médicaux, qui est en sus des tarifs des GHS dans le secteur privé commercial. Une convergence ciblée doit donc tenir compte de l'ensemble des éléments de rémunération des prestations de soins.

• *Des différences dans la nature des charges*

La loi de financement de 2005 prévoit que la convergence intersectorielle doit s'appliquer sur des activités homogènes. Un écart tarifaire est donc légitime s'il correspond à des différences dans la nature des charges propres à tel ou tel secteur.

Le rapport sur la convergence tarifaire intersectorielle d'octobre 2008 liste les principales différences dans la nature des charges sans toujours les chiffrer :

– *La permanence des soins hospitalière*

La permanence des soins hospitalière est une mission de service public qui se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant

des soins urgents les nuits, samedis après-midi, dimanche et jours fériés. Cette mission est aujourd'hui assurée essentiellement par le secteur public et comporte des charges spécifiques induites par l'organisation d'une permanence avec un personnel de garde sur place ou d'astreinte à domicile et un plateau technique disponible 24 heures sur 24 et sept jours sur sept.

Or, si le modèle actuel de la tarification à l'activité intègre déjà certains éléments de financement relevant de la permanence des soins pour ce qui concerne les services d'urgence, les SAMU et les SMUR, il convient encore de retirer des tarifs la part consacrée à la permanence des soins et de rémunérer spécifiquement, notamment dans le cadre de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), les établissements qui réalisent effectivement la permanence des soins. En effet, le système de prise en charge de cette fonction n'est pas encore aujourd'hui totalement pertinent, ce qui grève l'écart facial entre les tarifs.

– *L'activité non programmée*

Le rapport de janvier 2006 de la mission d'appui sur la convergence tarifaire public-privé note que « *l'activité non programmée, plus importante dans le secteur public, semble être un facteur d'augmentation des coûts (...) ses fluctuations désorganiserait l'activité des équipes hospitalières publiques* ».

Une étude de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) analysée dans l'annexe 3 du rapport d'octobre 2008, a exploré sur quelques GHM la notion d'activité « *par nature programmable ou non programmable* » et semble confirmer une part plus importante de prise en charge de l'activité non programmable dans le secteur public. Elle met en évidence certains éléments de surcoûts associés, en particulier un allongement des séjours.

– *Une patientèle spécifique*

Le rapport de l'IGAS de janvier 2006 souligne que « *la précarité est un facteur régulièrement documenté d'accroissement des coûts de prise en charge hospitaliers* ». On peut citer à ce titre les études d'Epstein aux États-Unis (1988), de Clozon en Belgique (1997) ou du ministère de la santé en France (1999). Comme le secteur public accueille une proportion plus importante de populations précaires, il y aurait là une source objectivement justifiée d'écarts entre les charges des deux secteurs.

Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)⁽¹⁾ sur la prise en charge des populations précaires dans les établissements de soins a d'ailleurs mis en évidence des facteurs de surcoûts, notamment l'accompagnement social, le temps médical et soignant, les dispositions organisationnelles spécifiques ou encore l'isolement comme facteur

(1) « *La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins* », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, document de travail, série Études et recherches, n°81, novembre 2008, 136 pages.

de prolongation du séjour. Si une partie de ces surcoûts fait l'objet de financements spécifiques, ils pèsent néanmoins sur les tarifs, qui ne prennent pas en compte leur incidence. De même, une étude menée par l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris en 2007 sur ses établissements ayant une activité médecine, chirurgie, obstétrique a montré que les indicateurs administratifs comme l'aide médicale d'État, la CMU et l'absence de domicile fixe, étaient marqueurs d'une augmentation de la durée de séjour des patients hospitalisés, ce qui met en évidence la nécessité de faire évoluer le modèle actuel de tarification à l'activité dans le sens d'une plus grande équité dans la répartition des éléments de financement représentatifs de la prise en charge des populations en situation de précarité.

– *L'effet de gamme*

Bien que peu d'études aient été réalisées sur le sujet et que la définition même du non programmé reste à stabiliser, la majorité des professionnels s'accordent sur le fait que le caractère non programmé de l'activité constitue à la fois une cause de désorganisation des établissements de santé et un facteur de surcoûts.

Le secteur privé concentre son activité sur un nombre plus restreint de GHM que le secteur public. En effet, on constate une plus forte concentration de l'activité dans le secteur privé que dans le secteur public où l'activité est plus diversifiée en terme de GHM : 80 % de l'activité des établissements privés à but lucratif est concentrée sur 82 GHM, tandis que 80 % de l'activité des établissements publics est répartie sur 155 GHM ⁽¹⁾.

Cette spécialisation pourrait, selon le rapport de l'IGAS de janvier 2006, permettre de réduire les coûts de production et d'expliquer un niveau de coûts moins élevé.

– *Les niveaux de sévérité et la durée moyenne des séjours*

Le rapport de l'IGAS souligne que les travaux sur la convergence nécessitent de « *mettre en valeur des différences dans la lourdeur des cas à l'intérieur des GHM* ». Selon les critères retenus par l'ATIH pour identifier différents niveaux de sévérité au sein d'un GHM, les premières études réalisées ont mis en évidence un pourcentage plus élevé des niveaux de sévérité les plus lourds dans le secteur public.

– *Des activités propres au secteur public sont financées sur des tarifs, alors qu'elles devraient être imputées sur les MIGAC*

La convergence tarifaire intersectorielle nécessite de différencier ce qui relève du champ tarifaire de ce qui relève d'un financement par la dotation MIGAC. Or, le rapport IGAS de janvier 2006 a noté que le champ des missions

(1) Source : PMSI-MCO 2006.

d'intérêt général est incomplet. Il convient donc de mieux distinguer les prestations de soins et les missions d'intérêt général.

– Jusqu'à récemment, les échelles tarifaires comportaient des bases de construction différentes

Jusqu'à récemment, la méthodologie utilisée pour le calcul des GHS dans le secteur privé restait différente de celle utilisée dans le secteur public. En effet, les tarifs nationaux des GHS du secteur privé étaient déterminés sur la base des tarifs recensés pour les prestations existantes avant la mise en œuvre de la réforme de la T2A. Ces tarifs étaient donc essentiellement fondés sur des éléments historiques et non sur des coûts de production. En revanche, dans le secteur public, les tarifs des GHM ont été calculés à partir des coûts par séjour, identifiés grâce à l'étude nationale de coûts publique. Dans ces conditions, une réelle convergence intersectorielle ne pouvait être réalisée, sans qu'une démarche analogue à celle utilisée pour le secteur public ne soit développée dans le secteur privé.

D'autres différences dans la nature des charges couvertes par les deux secteurs peuvent également encore entrer en ligne de compte (coût du travail, différence de fiscalité...).

L'analyse de la nature spécifique des charges du secteur public devrait donc vraisemblablement conduire à réduire l'écart facial, les fédérations hospitalières, Fédération hospitalière de France et Fédération de l'hospitalisation privée, se divisant néanmoins sur cette question particulièrement polémique.

e) Malgré quelques progrès significatifs, les travaux ne sont pas encore suffisamment avancés pour qu'on puisse déterminer quelle part de l'écart facial est explicable par la différence de charges entre les deux secteurs

• Des avancées significatives ont certes déjà été enregistrées en matière de convergence intersectorielle

En premier lieu, l'avis sur la situation des établissements de santé adopté le 23 avril 2009 par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie note que l'« on a progressé sur l'analyse des différences de champ et on pourrait rapidement stabiliser cette analyse ».

Par ailleurs, un effort a été réalisé, dès la campagne tarifaire 2009, pour retirer des tarifs la part consacrée à la permanence des soins hospitaliers et rémunérer spécifiquement les établissements qui la réalisent effectivement, qu'ils soient publics ou privés. L'exercice budgétaire 2009 a constitué ainsi une première étape dans l'évolution du modèle de financement de celle-ci. L'objectif des travaux menés était d'identifier les coûts liés à la prise en charge de ces missions, de retirer des tarifs la part correspondante, et de rémunérer spécifiquement de manière ciblée au travers des dotations « missions d'intérêt général » (MIG) les établissements qui les prennent effectivement en charge.

D'autre part, les campagnes budgétaires 2008 et, surtout, 2009 ont permis de restructurer les modalités d'allocation financière, notamment par la mise en œuvre le 1^{er} mars 2009 de la version V11 de la classification des séjours dans les deux secteurs, qui a eu pour objectif d'améliorer l'homogénéité de la classification des séjours et de permettre de les valoriser plus justement. La V11 a ainsi permis, par la création de quatre niveaux de sévérité pour chaque groupe de séjours, une meilleure prise en compte des sévérités des prises en charge. Par ailleurs, le basculement de certains tarifs vers les MIGAC, afin de rémunérer spécifiquement les établissements plus particulièrement exposés à l'accueil et à la prise en charge des populations en situation de précarité, a également constitué un progrès. La mise en œuvre de ces mesures a déjà contribué à la réduction de l'écart tarifaire intersectoriel.

Enfin, des travaux de rapprochement des échelles de coût ont récemment abouti dans le cadre de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune.

Ces avancées ont permis, d'après l'avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie d'avril 2009, de ramener en 2009 l'écart facial à 26 %, contre 37 % selon le calcul du rapport au Parlement de 2008.

• *Pour autant, on ne sait toujours pas à quel niveau s'établirait l'écart résiduel une fois qu'auraient été prises en compte toutes les différences dans la nature des charges et il convient donc de poursuivre la réalisation d'études robustes et crédibles éclairant les écarts de coûts entre les établissements compte tenu des missions exercées*

Le travail entrepris est loin d'être terminé, comme l'atteste l'annexe 10 du rapport précité ⁽¹⁾ qui définit le calendrier des travaux complémentaires à mener et qui donne la mesure de la complexité du sujet et de la nécessité d'affiner l'éclairage de la mise en œuvre de la convergence intersectorielle.

D'après les informations recueillies, et dans l'attente du rapport d'octobre 2009 sur la convergence intersectorielle, les travaux qui restent à faire demeurent nombreux. Des études sont, en effet, actuellement réalisées ou envisagées pour analyser les écarts de coûts entre les établissements publics et privés et permettre une meilleure comparabilité de leurs activités. Elles visent à éclairer les écarts de coûts entre les établissements en prenant en compte les activités et les missions effectivement exercées et portent sur des sujets variés :

– *La poursuite des travaux relatifs à la précarité*

Les modalités d'attribution de la dotation « MIG précarité » doivent faire l'objet d'évolutions pour améliorer la visibilité du modèle.

(1) Le rapport 2009 qui devait être communiqué au Parlement avant le 15 octobre 2009 n'a pas encore été communiqué au rapporteur qui regrette, cette année encore, le retard de transmission.

Par ailleurs, les travaux se poursuivent pour permettre de compléter et de parfaire dans l'avenir le modèle de financement. Au-delà du volet structurel, il convient notamment de rechercher une meilleure identification des surcoûts « patients », par une description plus précise des situations de précarité et de leur impact sur la charge en soins. Dans ce cadre, une étude est menée avec la DREES et l'ATIH concernant le codage de la précarité dans le PMSI.

– *La poursuite des travaux relatifs à la permanence des soins hospitaliers*

Les travaux se poursuivent pour permettre d'évaluer les charges non médicales liées à celle-ci.

– *La charge en soins*

Une étude de la charge en soins est actuellement menée par l'ATIH. Les travaux en cours doivent permettre de favoriser les comparaisons de pratique et de formation des coûts entre le secteur privé et le secteur public, en matière de charge en soins qui diffèrent fortement selon les secteurs.

– *L'activité non programmée*

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et la Mission T2A ont engagé deux séries d'études complémentaires visant à évaluer les impacts liés à la prise en charge de patients non programmés.

La première série de travaux a pour objectif d'évaluer les éventuels surcoûts « patients » du fait de la non-programmation des séjours, concernant notamment les écarts de durées de séjour, l'impact de l'absence de planification préalable des actes, ou encore l'internalisation des actes.

La seconde série de travaux vise à analyser les éventuels surcoûts « structurels » au niveau des établissements les plus concernés, liés notamment aux impacts organisationnels : perturbations sur le fonctionnement des services, déprogrammations de séjours ou d'actes, ou encore maintien de capacités disponibles pour assurer une réponse appropriée à la demande non programmée. Elle intègre la problématique de la gestion des crises et des hôpitaux sous tension.

– *Les effets de gamme et de taille*

Les mêmes partenaires ont engagé une étude visant à analyser l'impact de l'effet de gamme sur les coûts de production des établissements.

Cette étude intègre également l'analyse de l'impact de l'effet de taille, qui peut influencer sur les processus de production, soit en permettant des économies d'échelle, soit à l'inverse en alourdissant les coûts par un phénomène de « déséconomie » d'échelle.

– *Le coût du travail*

Le rapport de l'IGAS de janvier 2006 précise que les écarts de coûts salariaux entre les deux secteurs « *peuvent a priori se décomposer en trois facteurs* :

- *tout d'abord, les écarts de coût du travail à qualification similaire ;*
- *ensuite, les écarts dans la structure de qualification ;*
- *enfin, les écarts éventuels dans le volume du facteur travail pour une même production ».*

Des études sont aujourd'hui en cours, visant à actualiser et compléter les données disponibles à ce jour dans les différents secteurs. D'une part, des travaux sont menés avec la DREES concernant les rémunérations des personnels salariés dans les établissements de santé (l'étude n'intègre pas les médecins, rémunérés sur honoraires dans le secteur privé). D'autre part, une étude exploratoire de l'ATIH, à partir des données de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune, vise à mesurer les écarts financiers de coût du travail par groupe homogène de malades.

– *La fiscalité*

Une étude doit être engagée afin d'évaluer les charges fiscales spécifiques pesant sur les différents secteurs. Elle devra prendre en compte l'impact des réformes fiscales en cours.

Dans ces conditions, il apparaît qu'il faut poursuivre les études nécessaires pour arriver à éclater plus finement l'écart résiduel et faire la part entre des différences dans la nature des charges, qui justifient des écarts de tarifs et des différences de productivité, qui ne peuvent fonder une différence de tarifs.

Par ailleurs, l'achèvement du calendrier de la convergence tarifaire intrasectorielle, qui reste fixé à 2012, impose, comme le montre le rapport d'octobre 2008 au Parlement sur la convergence intersectorielle, un effort de restructuration important pour certains établissements publics de santé dans un contexte financier marqué par l'existence de situations déficitaires. En effet, 40 % des établissements réalisent un déficit sur leur compte de résultat, pour un montant total de 803 millions d'euros. Dès lors, la soutenabilité des ajustements exigés pour les établissements publics exige également de ne pas réaliser une convergence intersectorielle à marche forcée.

C'est pourquoi, il est proposé de repousser l'achèvement de la convergence intersectorielle à 2018, en confirmant ce que le Parlement avait déjà implicitement décidé lors du vote de la loi dite « HPST », et de différencier ainsi les calendriers d'atteinte des objectifs respectifs de convergence intrasectorielle et de convergence intersectorielle, pour permettre de faire de la convergence intrasectorielle un préalable facilitateur de la mise en œuvre de la convergence intersectorielle et de mener, dans le même temps, les travaux permettant d'instruire plus finement le sujet de la convergence intersectorielle.

2. Identification et prise en charge directe des soins effectués dans des hôpitaux établis hors de France

Le II de l'article 32 du projet de loi vise à introduire dans le code de la sécurité sociale de nouvelles dispositions destinées à prendre en compte les accords relatifs aux soins transfrontaliers, que la France a signés avec certains de ses voisins.

Actuellement, les cas de soins dispensés à des assurés d'un régime de sécurité sociale français, tombés malades hors du territoire national, par un hôpital situé au sein de l'Union européenne font l'objet d'un règlement entre caisses d'assurance maladie par l'intermédiaire du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS) dans le cadre de l'application des règlements de coordination des systèmes de sécurité sociale, dont le régime juridique résulte du Règlement 1408/71 du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la communauté.

Toutefois, les textes ne prévoient pas actuellement le cas où des assurés sociaux d'un régime français, résidant et exerçant leurs activités en France et tombant malades sans avoir quitté la France, seraient soignés dans un hôpital étranger en substitution d'un hôpital français.

Le développement d'actions de coopération sanitaire transfrontalières suppose pourtant que les patients qui franchissent la frontière pour bénéficier à l'étranger de prestations de santé puissent obtenir leur remboursement par leur régime de sécurité sociale national.

À cet égard, les difficultés relatives à l'absence de coordination des systèmes de protection sociale se sont certes amoindries, à la suite de la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes. En effet, la Cour a développé, depuis les arrêts *Kohll et Decker* du 28 avril 1998, une jurisprudence qui favorise l'accès aux soins dans un autre État de l'Union européenne. Concernant les soins hospitaliers, elle a ainsi reconnu, avec les arrêts *Smits et Peerbooms* du 12 juillet 2001, la possibilité de maintenir une autorisation préalable, à condition qu'elle soit encadrée par des critères justifiés, objectifs, proportionnés, non discriminatoires et connus à l'avance. Elle prévoit également que l'autorisation préalable soit accordée automatiquement dans certains cas, notamment pour un traitement éprouvé non disponible avec la même efficacité dans l'État concerné ou pour des questions de délai (arrêt *Inizian* du 23 octobre 2003).

Toutefois, cette jurisprudence n'a pas encore permis la généralisation de zones de couverture sociale transfrontalière intégrées. Les délais de remboursement restent ainsi encore parfois très longs pour des établissements prenant en charge des patients d'un pays voisin.

Par ailleurs, le nouveau Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, remplaçant le règlement (CEE) n° 1408/71 ne devrait entrer en vigueur que le 1^{er} mars 2010, tandis que la directive sur les soins transfrontaliers, qui fait partie du « paquet social » que la Commission européenne a présenté en juillet 2008, et qui a pour objectif de rendre plus effectif l'exercice du droit à la mobilité en matière de soins transfrontaliers en codifiant les circonstances dans lesquelles les patients pourront être remboursés par leur système de sécurité sociale pour les soins qu'ils auront reçus à l'étranger, n'a pas encore abouti.

C'est pourquoi, afin de lever ces obstacles et faciliter les coopérations, la France a entrepris de signer des accords relatifs aux soins transfrontaliers avec un certain nombre de ses voisins, qu'il s'agisse de l'accord cadre entre la France et l'Allemagne du 22 juillet 2005, de l'accord cadre entre la France et la Belgique du 30 septembre 2005, de l'accord cadre entre la France et l'Espagne du 27 juin 2008 ou de la convention en cours de finalisation entre la France et la province de Catalogne.

Cette dernière convention a prévu que, pour le remboursement des soins effectués à l'hôpital catalan qui va être construit à Puigcerdà, la prise en charge se ferait selon les principes d'une prise en charge ordinaire, comme dans un établissement de santé français.

L'hôpital transfrontalier de Puigcerdà

Le premier hôpital transfrontalier d'Europe devrait voir le jour en 2010, à Puigcerdà, en Catalogne, à la frontière franco-espagnole.

Située au cœur de la montagne catalane, à l'extrémité ouest des Pyrénées-orientales, la Cerdagne se déploie de part et d'autre de la frontière franco-espagnole et connaît à la fois une explosion démographique saisonnière (la population de cette région relativement isolée est multipliée par cinq, chaque année, en période de vacances) et un manque de structure hospitalière capable de faire face aux urgences.

Pour répondre à cette situation, la France et l'Espagne auraient pu tenter de régler séparément leur problème d'accès aux soins. Cependant, le projet d'une coopération transfrontalière pour la construction d'un nouvel hôpital s'est imposé en raison de la configuration géographique de la région. La ville espagnole de Puigcerdà, située à seulement 2 km de la frontière, dispose en effet déjà d'un hôpital, tandis que celui de Perpignan est à plus de 100 km (deux heures de routes à l'accès difficile lorsque les conditions climatiques sont rigoureuses). La logique privilégiait donc la mise en place d'une structure commune à Puigcerdà.

Depuis 2002, une convention entre les deux hôpitaux simplifie déjà les formalités pour les malades. Le 19 mars 2007, les ministres français et espagnol de la santé ont signé une déclaration d'intention pour créer un hôpital transfrontalier.

Dès 2010, ce nouvel hôpital, dont la capacité d'accueil est fixée à 68 lits, sera accessible aux patients français exactement dans les mêmes conditions que n'importe quel autre établissement situé dans l'hexagone. L'hôpital fonctionnera en réseau, notamment

pour la prise en charge des pathologies graves, grâce à des conventions avec les responsables des centres hospitaliers de Toulouse et de Perpignan ainsi qu'avec leurs homologues espagnols. Le choix a ainsi été fait dans le schéma régional d'organisation des soins du Languedoc Roussillon d'accélérer la fermeture de services ou d'établissements inadaptés aux besoins en France et de permettre l'accès à la population du plateau cerdan à un hôpital situé en Espagne.

Cette expérience unique n'est possible qu'au prix de gros efforts d'harmonisation. Il s'agit notamment de faire coïncider des systèmes profondément différents : en Espagne, par exemple, le domaine de la santé est entièrement décentralisé. La « Generalitat de Catalunya » (l'administration régionale de Catalogne) est souveraine sur ce dossier tandis qu'en France, les décisions incombent entièrement à l'État.

Pour la première fois, la République française va contribuer au financement et à la gestion d'un établissement de soins situé hors de ses frontières. L'investissement prévu s'élève à 27 millions d'euros, dont près de 11 millions seront pris en charge par l'assurance maladie française.

L'ensemble du projet sera géré par un groupement européen de coopération transfrontalière. Ce nouvel outil communautaire, défini par le règlement (CE) n°1082/2006 du Parlement européen et du Conseil du 5 juillet 2006, a été créé pour faciliter et promouvoir les coopérations transnationales et interrégionales entre États membres. Il permet de simplifier les procédures et de surmonter les barrières constitutionnelles, légales et financières, qui ont pu jusqu'à présent faire obstacle aux projets de développement transfrontalier.

Il convient de souligner que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 avait déjà étendu la liste des établissements qui peuvent bénéficier des concours du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), pour permettre à ce dernier de financer des dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière destinés à accueillir des patients résidents en France.

S'agissant de patients relevant d'un régime de sécurité sociale français, le II de l'article 32 propose de donner à l'assurance maladie française la faculté de traiter le remboursement de leurs dépenses de soins dans les mêmes conditions et selon les mêmes principes que s'ils avaient été soignés dans un hôpital français et d'en tirer les conséquences.

Le 1^o du II insère ainsi un 7^o dans l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale relatif au sous-objectif de l'ONDAM qui correspond aux dépenses de soins des établissements de santé non financés par la tarification à l'activité (T2A), afin que les dépenses des soins des patients relevant d'un régime français obligatoire de sécurité sociale pris en charge dans les hôpitaux installés hors du territoire de France puissent y être désormais comptabilisées, que l'engagement de prise en charge résulte directement d'un accord international ou d'un simple texte d'application d'un tel accord.

Ce sous-objectif de l'ONDAM regroupe actuellement 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, 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).

Aujourd'hui, les sommes correspondant à ces prises en charge hospitalières sont incluses dans l'ONDAM, mais ne sont pas toutes regroupées dans le même sous-objectif. Concernant l'hôpital de Puigcerdà, les montants en jeu ne sont pas connus.

Le 2^o du II insère dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 174-2-2, afin de donner une base légale au paiement qu'effectuera une caisse primaire, désignée par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en tant que « caisse pivot », à un hôpital situé sur le territoire d'un autre État pour tous les patients concernés relevant d'un régime français de sécurité sociale.

La référence à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, relatif aux règles de répartition entre les régimes, permettra de faire en sorte que les sommes versées aux hôpitaux transfrontaliers soient réparties entre les régimes et les risques dans les mêmes conditions que pour les établissements français, c'est-à-dire que la répartition sera réalisée en fonction du poids relatif de chaque régime et risque.

D'après les informations du ministère de la santé, c'est la caisse primaire de Perpignan qui remplira le rôle de « caisse pivot » pour les patients relevant d'un régime français d'assurance maladie pris en charge dans l'hôpital de Puigcerdà.

*

La Commission est saisie d'un amendement AS 194 de M. Paul Jeanneteau.

M. Denis Jacquat. L'amendement vise à donner un délai supplémentaire aux hôpitaux de Guyane pour appliquer la convergence intrasectorielle des tarifs.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Faute d'un système d'informations suffisant, les trois établissements de santé de Guyane n'ont, en effet, pas été en mesure de mettre en œuvre la tarification à l'activité dès 2004 et ont donc bénéficié d'un sursis jusqu'en 2010. À cette date, ils ne disposeraient donc plus que de deux années pour achever la convergence intrasectorielle qui reste fixée à 2012. C'est pourquoi il est proposé de leur appliquer des modalités de transition spécifiques, allongeant la période leur permettant d'achever cette convergence intersectorielle.

M. Dominique Tian. Il est pour le moins surprenant que les hôpitaux guyanais soient sous-équipés en informatique alors que non loin décollent les fusées !

La Commission adopte l'amendement AS 194 (amendement n° 33).

Elle examine ensuite l'amendement AS 203 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Cet amendement tend à rétablir la date de 2012 pour l'achèvement de la convergence intersectorielle, repoussée à 2018 de manière injustifiée.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il est impératif de poursuivre les études nécessaires pour éclairer plus finement l'écart résiduel entre les tarifs publics et privés. Plusieurs rapports, comme le récent rapport de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, pointent les difficultés qui demeurent pour aboutir à un constat objectif et partagé. La ministre de la santé a indiqué à notre Commission, lors de sans audition du 14 octobre, qu'elle souhaitait ne pas interrompre le processus de convergence et procéder à cet effet à des rapprochements tarifaires dès 2010 sur une cinquantaine de groupes homogènes de séjour (GHS). Pour le reste, la date est repoussée à 2018, tout en sachant que l'échéance pourrait toujours être avancée si toutes les conditions étaient réunies. Avis défavorable.

M. Jean Bardet. Il faut d'abord donner aux hôpitaux les moyens d'appliquer la T2A, qui a été instituée alors que les personnels concernés étaient en nombre insuffisant. À l'inverse, les établissements privés ont très bien compris l'intérêt qu'ils pouvaient tirer de ce procédé.

Mme Catherine Génisson. Les établissements privés ont effectivement trouvé du personnel spécialisé, très compétent dans l'exploitation « positive » de la T2A. Ce faisant, ils ont adopté une approche comptable et non qualitative.

L'esprit de la T2A voudrait qu'elle soit appliquée par l'ensemble du personnel médical et paramédical, ce qui prendrait entre 20 et 30 % du temps de travail, soit bien trop dans le cadre d'une activité médicale.

M. Dominique Tian. La loi a instauré une règle du jeu. Je ne comprends pas pourquoi nous retarderions l'échéance, sous prétexte que l'hôpital n'a pas fait l'effort de recueillir l'ensemble des informations nécessaires. Quant aux effectifs, ils sont en nombre suffisant. Le tout est d'organiser les choses.

M. Pierre Morange. Les auditions que nous avons menées avec Jean Mallot dans le cadre des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle sur le fonctionnement interne de l'hôpital montrent une cruelle insuffisance des outils comptables dans les hôpitaux publics. Cela dit, il ne leur est pas interdit de recourir à des cabinets extérieurs.

Mme Edwige Antier. Dans les établissements privés aussi la mise en place de cette comptabilité a été très lourde et a nécessité l'apprentissage des outils informatiques !

M. Guy Lefrand. J'étais plutôt favorable au respect de la convergence en 2012, mais les arguments de la ministre m'ont ébranlé. Les études nécessaires n'ont pas été réalisées, les hôpitaux ne se sont pas dotés de moyens suffisants. Dont acte. Je note la volonté de Mme Bachelot d'engager de nouvelles études et de mettre en place la convergence concernant un certain nombre d'actes, à titre expérimental.

M. Jean Bardet. De façon lapidaire, on peut estimer que les médecins privés savent très bien appliquer la T2A puisqu'ils en tirent des bénéfices, alors que les médecins publics considèrent qu'il s'agit d'une charge administrative, sous laquelle ils croulent.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il est vrai que les études ont tardé. Nous avons besoin, par exemple, d'une définition précise des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. La Cour des comptes a ainsi évalué que celles-ci pouvaient représenter de 7 à 23 % de l'activité selon les établissements.

Nous devons également disposer d'un calendrier de mise en œuvre de la convergence intersectorielle, laquelle sera expérimentée dès 2010 sur plusieurs dizaines de GHS, ce qui permettra d'économiser 150 millions d'euros. Donnons à l'hôpital la possibilité d'avancer un peu plus vite et demandons au secteur privé d'accepter le report du calendrier.

La Commission rejette l'amendement AS 203.

La Commission est saisie d'un amendement 112 de Mme Marisol Touraine.

Mme Catherine Génisson. Cet amendement vise à supprimer le principe de la convergence tarifaire entre les hôpitaux publics et les cliniques privées, dont Mme la ministre a eu raison d'indiquer hier qu'elle ne signifiait pas l'égalité de tarification. La ministre nous a annoncé la mise en place de la convergence pour la chirurgie ambulatoire, en nous assurant que les indicateurs sociaux seraient largement pris en compte, et par ailleurs l'étude expérimentale de groupes homogènes de malades (GHM). Or, s'il paraît intéressant de comparer le fonctionnement du secteur privé et celui du secteur public pour une activité médicale donnée, il ne semble pas pertinent de comparer des groupes de malades placés dans des contextes très différents.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. La convergence sectorielle se justifie par des raisons d'équité. À terme, une même activité doit être rémunérée de manière uniforme dans les secteurs public et privé sur la base d'une même référence tarifaire. Mme la ministre a annoncé qu'on allait avancer sur la convergence

intersectorielle en effectuant des rapprochements tarifaires sur une cinquantaine de GHM. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie considère lui-même dans son avis du 23 avril 2009 que ce principe de convergence n'est pas contestable et souligne qu'« il n'y a aucune raison de payer à des tarifs différents des prestations homogènes. »

Mme Catherine Génisson. Convergence ne signifie pas égalité de tarification, a dit la ministre.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il s'agit en effet d'équité.

Mme Catherine Génisson. Une énorme différence entre les deux secteurs tient au fait que les honoraires médicaux ne sont pas intégrés dans les coûts de séjour des cliniques privées.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Les honoraires sont toutefois réintégrés dans le calcul des écarts de coûts.

La Commission rejette l'amendement AS 112.

Elle est saisie de l'amendement AS 205 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Je propose de décomposer les tarifs en deux parties, l'une correspondant aux frais de séjour, l'autre aux honoraires médicaux et aux services médico-techniques. Cela faciliterait les comparaisons.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable : cela complexifie la tarification à l'activité. Pour pouvoir comparer, il faut au contraire réintégrer les honoraires médicaux dans les groupes homogènes de séjour (GHS) du secteur privé.

La Commission rejette l'amendement AS 205.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS 38 de M. Jean-Luc Prél, AS 210 de M. Dominique Tian et AS 329 de M. Rémi Delatte.

M. Jean-Luc Prél. Il s'agit d'instaurer un coefficient correcteur s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels, pour tenir compte des écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes en matière sociale et fiscale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. C'est un amendement très technique, qui aboutirait en pratique à une triple échelle de coûts distinguant le secteur public, le secteur privé et les établissements privés à but non lucratif. Ce serait quasiment ingérable, et cela irait à l'encontre de l'objectif de convergence intersectorielle. En outre, la mesure proposée aboutirait à augmenter les tarifs des établissements privés à but non lucratif.

M. Dominique Tian. Cet amendement est né d'un rapport de l'IGAS de 2006, qui insiste sur le différentiel de charges sociales entre l'hôpital public et les établissements privés à but non lucratif. Pour arriver à la vérité des coûts, notamment en matière salariale, il faudra bien faire une étude précise.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. En effet, cette étude sur les écarts de coûts résultant d'obligation légales et réglementaires va être réalisée en 2010. Dans l'attente de ses résultats, je vous invite à retirer les amendements.

M. Rémi Delatte. Je retire l'amendement AS 329.

M. Jean-Luc Prél. Les écarts de coûts sont connus ; il s'agit simplement d'en tirer les conséquences.

M. Dominique Tian. L'étude de l'IGAS a chiffré le désavantage tarifaire à 4,05 % de la masse salariale des établissements privés. Inutile d'en commander une autre !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Les différences portent à la fois sur la masse salariale et sur la fiscalité, et celle-ci évolue. Une nouvelle étude en 2010 n'est donc pas superflue.

La Commission rejette les amendements AS 38 et AS 210.

Elle est ensuite saisie d'un amendement AS 193 de M. Paul Jeanneteau.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. C'est un amendement de cohérence.

La Commission adopte l'amendement AS 193 (amendement n° 34).

Puis elle examine l'amendement AS 217 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Je propose que les établissements de santé situés dans des zones d'isolement sanitaire bénéficient de tarifs corrigés par des « coefficients d'aménagement du territoire », tenant compte de leurs sujétions et coûts supplémentaires.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Des coefficients à caractère géographique existent déjà. Il ne faut pas en ajouter d'autres.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il me semble qu'il n'existe de coefficients que pour la montagne, car il est difficile de trouver des critères objectifs.

Mme Catherine Génisson. Cet amendement a le mérite de reconnaître l'existence d'inégalités entre les territoires, entre lesquels il serait bon d'assurer une certaine péréquation, mais il faudrait aussi s'intéresser aux indicateurs sanitaires.

M. le président Pierre Méhaignerie. C'est à Paris que les marges de manœuvre sont les plus importantes.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. L'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale précise déjà que le rapport au Parlement sur la T2A détaille les mesures prises « pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans des zones de faible densité démographique ».

M. le président Pierre Méhaignerie. Cet amendement pourrait avoir une fonction d'appel et ouvrir le débat.

Mme Marisol Touraine. La modulation des tarifs est un sujet essentiel, mais c'est désormais aux agences régionales de santé qu'il reviendrait d'en proposer une. En outre, si nous voulons nous engager dans cette voie, il faudrait aussi accepter l'idée d'une modulation des tarifs des médecins libéraux.

M. le président Pierre Méhaignerie. Les tarifs libéraux sont déjà modulables : il y a une majoration dans certaines zones.

Mme Marisol Touraine. Elle ne s'applique pas aux actes ; il s'agit d'indemnités complémentaires, qui ne marchent pas.

M. le président Pierre Méhaignerie. Si nous adoptons cet amendement, le ministre pourra nous dire ce qui est envisagé, notamment au niveau des ARS.

Mme Catherine Génisson. Les indicateurs sanitaires me paraissent un critère aussi important que la situation géographique : dans certaines régions, ils sont vraiment mauvais.

M. le président Pierre Méhaignerie. Quand on boit beaucoup d'alcool...

Mme Catherine Génisson. Je ne peux pas vous laisser dire cela, s'agissant d'une région qui a joué un tel rôle dans la vie économique de notre pays.

M. Pierre Méhaignerie. Je dis seulement qu'il faut aussi faire appel à la responsabilité personnelle.

La Commission adopte l'amendement AS 217 (amendement n° 35).

Puis elle est saisie de l'amendement AS 333 du rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cet amendement vise à avancer du 15 octobre au 15 juin la remise au Parlement du rapport sur la T2A, ainsi que du bilan d'avancement du processus de convergence tarifaire. Il précise, en outre, que ce bilan contiendra un programme précisant la méthode et les étapes de la convergence intersectorielle.

La Commission adopte l'amendement AS 333 (amendement n° 36).

Puis elle examine l'amendement AS 206 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Je propose de créer pour les établissements publics une dotation de convergence.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. L'idée peut paraître intéressante, mais elle mérite une réflexion plus approfondie.

La Commission rejette l'amendement AS 206.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS 37 de M. Jean-Luc Préel et AS 209 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Luc Préel. Nous en avons déjà parlé : il s'agit de tenir compte, dans la fixation des tarifs nationaux des établissements, des écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes.

M. Dominique Tian. Il faut en effet instaurer un coefficient correcteur pour tenir compte de ce différentiel, qui concerne les charges sociales et la fiscalité locale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable pour les mêmes raisons que précédemment.

La Commission rejette les deux amendements.

Puis, elle rejette l'amendement AS 207 de M. Dominique Tian.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 208 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Je propose d'inscrire dans la loi l'engagement pris par Mme la ministre de procéder à des rapprochements tarifaires dès 2010, pour une économie de 150 millions d'euros.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cet engagement ministériel suffit.

La Commission rejette l'amendement AS 208.

Puis elle est saisie des amendements identiques AS 40 de M. Jean-Luc Préel et AS 204 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Luc Préel. Le report de la convergence intersectorielle en 2018 n'est acceptable que si le Gouvernement remet au Parlement un programme précisant la méthode et les étapes qui permettront d'y parvenir.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cet amendement est déjà satisfait par l'amendement 333 qui vient d'être adopté.

Les amendements AS 40 et AS 204 sont retirés.

La Commission adopte l'amendement AS 334 du rapporteur, qui corrige une erreur matérielle (amendement n° 37).

Puis elle adopte l'article 32 modifié.

M. le président Pierre Méhaignerie. Nous avons à examiner dix-neuf amendements portant articles additionnels après l'article 32.

Après l'article 32

La Commission examine tout d'abord l'amendement 220 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Cet amendement vise à modifier le régime juridique des groupements de coopération sanitaire titulaires d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Un tel amendement me semble davantage relever d'une loi d'organisation du système de soins plutôt que d'une loi de financement de la sécurité sociale.

La Commission rejette l'amendement AS 220.

Article additionnel après l'article 32

Intéressement financier dans les établissements publics de santé

Puis, elle examine l'amendement AS 335 du rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Par cet amendement, je suggère qu'un établissement public de santé, lorsqu'il dégage un excédent, puisse distribuer des primes d'intéressement. C'est un rappel de la proposition qu'avait faite M. Larcher dans son rapport sur la réforme de l'hôpital.

M. Jean Leonetti. Tout en limitant le montant global des primes d'intéressement à 10 % du montant total des salaires bruts, cet amendement apporte une juste reconnaissance aux personnels pour leur contribution à l'activité de l'établissement.

Mme Catherine Génisson. Il serait préférable de préciser qu'une partie seulement de l'excédent peut être distribuée sous forme d'intéressement. Il faut, en effet, pouvoir l'utiliser aussi pour améliorer les conditions de travail et pour mieux prendre en charge les patients.

M. Denis Jacquat. Selon le type d'activité exercée, on peut faire entrer plus ou moins d'argent. Dans ces conditions, l'intéressement sera pour les uns, et pas pour les autres...

Mme Danièle Hoffman-Rispal. En ce qui me concerne, je ne connais pas beaucoup d'hôpitaux publics qui dégagent un excédent !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Le Gouvernement a affiché l'objectif de développer l'intéressement dans la fonction publique, y compris la fonction publique hospitalière.

M. Dominique Dord. Sur le principe, je suis évidemment favorable à l'intéressement, mais pour être président de conseil d'administration d'un hôpital, je pense que techniquement, cet amendement est inapplicable.

La Commission adopte l'amendement AS 335 (amendement n° 38).

Article additionnel après l'article 32

Expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens hospitaliers en Outre-mer

Elle examine ensuite l'amendement AS 336 du rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Devant les difficultés de recrutement et de fidélisation des praticiens des hôpitaux rencontrées dans les départements et collectivités d'outre-mer, cet amendement vise à permettre, à titre expérimental pendant trois ans, le recrutement de praticiens avec une organisation du temps de travail annualisée.

M. Dominique Tian. Pourquoi le limiter à l'outre-mer ? Les difficultés existent sur tout le territoire national.

M. Claude Leteurtre. Il serait bon de faire de même en métropole, là où on rencontre des difficultés analogues.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Vous pourrez le faire observer lors du débat dans l'hémicycle, mais aujourd'hui je vous invite à adopter cet amendement.

M. le président Pierre Méhaignerie. Ne prolongeons pas le débat à l'excès sur ces amendements qui concernent moins le financement de la sécurité sociale que l'organisation du système de soins, faute de quoi, à l'avenir, j'appliquerai plus strictement le Règlement.

M. Claude Leteurtre. Ne pourrait-on pas ajouter la mention de « zones métropolitaines définies par décret » ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je vous propose de déposer un sous-amendement en article 88.

La Commission adopte l'amendement AS 336 (amendement n° 39).

Après l'article 32

La Commission examine ensuite l'amendement AS 222 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Cet amendement vise à faciliter la création des centres de santé.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Cet amendement, déjà rejeté l'an dernier à l'occasion de la loi dite « HPST », ne relève pas de la loi de financement de la sécurité sociale.

La Commission rejette cet amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette successivement les amendements AS 213 et AS 214 de M. Dominique Tian.

Article additionnel après l'article 32

Objectifs quantifiés nationaux relatifs aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation

Puis, elle examine l'amendement AS 49 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Les établissements de soins de suite et de réadaptation passeront dans trois ans à la tarification à l'activité, comme l'ont déjà fait les établissements de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. Dans cette perspective, il serait bon de prévoir une enveloppe budgétaire spécifique au sein de l'ONDAM pour la santé mentale et la psychiatrie.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis favorable, même si cela ne simplifie pas vraiment le système. Nous discutons d'une telle évolution depuis longtemps ; passons maintenant aux actes.

M. Dominique Tian. J'avais déposé un amendement AS 228 identique, mais j'aimerais cosigner celui de M. Prével s'il en est d'accord.

La Commission adopte cet amendement (amendement n° 40).

Après l'article 32

La Commission examine les amendements AS 41 de M. Jean-Luc Prével et AS 215 de M. Dominique Tian, faisant l'objet d'une discussion commune.

M. Jean-Luc Prével. Il s'agit de compléter les éléments pris en compte pour la fixation de l'objectif quantifié national applicable aux établissements de soins de suite et de réadaptation.

M. Dominique Tian. On peut notamment regretter que les créations et les fermetures d'établissements ne soient pas prises en considération.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette successivement ces amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS 113 de Mme Marisol Touraine et l'amendement AS 159 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Marisol Touraine. Afin d'améliorer la fiabilité des comparaisons de coûts entre le secteur public et le secteur privé, nous demandons de nouveau que les honoraires des médecins libéraux soient intégrés dans les coûts de séjour des cliniques privées, exception faite des établissements à but non lucratif.

Mme Jacqueline Fraysse. Si l'on tient à instaurer une convergence, il faut au moins comparer ce qui est comparable. Ne pénalisons pas les établissements publics en intégrant la rémunération des médecins dans leurs coûts de séjour, sans en faire autant pour les établissements privés.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. L'analyse des écarts de coûts entre le secteur privé et le secteur public tient déjà compte des honoraires perçus par les médecins exerçant à titre libéral. Aller plus loin en intégrant directement ces honoraires dans les coûts de séjour reviendrait à changer complètement la donne pour le secteur privé. La majorité des praticiens libéraux qui exercent dans ce cadre sont en effet payés à l'acte.

La Commission rejette ces amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS 48 de M. Jean-Luc Prével et l'amendement AS 229 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Luc Prével. Afin de distinguer plus clairement le financement des 14 missions de service public prévues par la loi du 21 juillet 2009 et le financement des aides à la contractualisation, nous proposons de remplacer l'actuelle dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) par deux dotations distinctes.

M. Dominique Tian. Mon amendement a également pour objet de mieux identifier les financements attribués aux missions de service public.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Une telle distinction est déjà établie dans le rapport remis chaque année au Parlement sur le financement des MIGAC. Ce que vous proposez ne me paraît pas en outre souhaitable, car les aides à la contractualisation contribuent parfois à la réalisation des missions d'intérêt général. En outre, il serait dommage de se priver de la souplesse de gestion autorisée par une enveloppe unique.

M. Jean-Luc Prével. Reconnaissez tout de même que la situation est aujourd'hui assez confuse. C'est pourquoi nous proposons de clarifier les règles.

La Commission rejette ces amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS 22 de M. Jean-Luc Prétel.

M. Jean-Luc Prétel. Cet amendement a pour objet d'indexer sur l'inflation l'augmentation du forfait hospitalier, créé pour couvrir les frais de bouche à l'hôpital. Cette solution me semble préférable aux à-coups que nous avons connus.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Une telle mesure entre dans le champ réglementaire. En outre, son principal effet serait de rigidifier la situation.

Mme Marisol Touraine. La loi peut très bien fixer des critères en laissant au pouvoir réglementaire le soin de les décliner.

Sur le fond, on peut s'interroger sur l'augmentation du forfait hospitalier, deux fois supérieure à celle de l'inflation au cours des vingt dernières années. Vu ce que l'on mange à l'hôpital, il est difficile de croire que le montant de dix-huit euros auquel nous sommes arrivés - contre trois euros lors de la création du forfait - a pour seul objet de couvrir les frais de bouche.

La Commission rejette cet amendement.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS 42 de M. Jean-Luc Prétel et AS 218 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Luc Prétel. Pour que l'application de la tarification à l'activité aux soins de suite et de réadaptation soit menée dans de bonnes conditions, nous demandons la réalisation d'une étude nationale des coûts fondée sur une échelle commune aux établissements publics et aux établissements privés.

M. Dominique Tian. Cela permettrait de disposer d'éléments de comparaison fort utiles.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je suis favorable à cette idée, mais je rappelle qu'une telle étude a déjà été lancée en 2008 et qu'elle sera reconduite en 2010. Il est donc inutile de l'inscrire dans la loi.

La Commission rejette ces amendements.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite l'amendement AS 127 de Mme Marisol Touraine.

Après l'article 33

La Commission examine l'amendement AS 160 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Suivant les recommandations de l'inspection générale des affaires sociales, nous proposons d'imposer des limites aux dépassements d'honoraires.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Le secteur optionnel permettra de réguler les dépassements, et garantir de surcroît une offre à tarif opposable, afin de permettre aux personnes dépourvues d'assurance complémentaire d'accéder aux soins.

La Commission rejette cet amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS 224 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Cet amendement tend à préciser l'objet des conventions auxquelles l'UNOCAM peut participer.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Votre proposition pose un problème de capacité juridique : il me paraît difficile qu'une convention tripartite puisse engager l'ensemble des organismes complémentaires en matière de gestion du risque. Une autre difficulté pourrait résulter de la séparation des organismes payeurs.

La Commission rejette cet amendement.

La Commission examine ensuite l'amendement AS 161 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Compte tenu des obstacles à l'accès aux soins auxquels les patients se heurtent du fait de certains dépassements d'honoraires, nous proposons qu'une action puisse être engagée auprès de l'assurance maladie en cas de pratiques abusives.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Cette proposition n'a pas sa place dans une loi de financement. En outre, les patients peuvent déjà saisir eux-mêmes les caisses et le conseil de l'Ordre des médecins, s'ils estiment qu'ils ont été lésés ou abusés. Des voies d'action sont déjà prévues.

La Commission rejette cet amendement.

Article 34

Modalités de versement des contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie aux agences régionales de santé (ARS) pour 2010

Le présent article a pour objet de prévoir des modalités dérogatoires de fixation du montant des contributions dues par les régimes obligatoires d'assurance maladie aux agences régionales de santé (ARS) au titre de l'exercice 2010, année de leur mise en place.

Créées par l'article 118 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires, dite « HPST », ces agences seront chargées du pilotage régional de la politique de santé publique et de prévention, de l'organisation des soins hospitaliers, de la

régulation de l'offre de soins de ville, du pilotage d'une partie du secteur médico-social et de certaines missions de veille et de sécurité sanitaire.

Selon l'article L. 1432-6 du code de la santé publique tel qu'il ressort de l'article 118 précité, les ressources des ARS sont constituées, notamment, par « *des contributions des régimes d'assurance maladie* » dont il est précisé qu'elles « *sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale* ».

Ces contributions correspondent notamment aux dépenses afférentes aux emplois des agents de l'assurance maladie transférés aux ARS en application de l'article 129 de la loi dite « HPST ». Il s'agit notamment de personnels des caisses primaires et régionales d'assurance maladie, ainsi que d'agents des unions régionales des caisses d'assurance maladie, de la direction régionale du service médical du régime général et, le cas échéant, d'autres régimes d'assurance maladie. Pour une large part d'entre eux, ces agents exercent actuellement leurs fonctions en position de mise à disposition des agences régionales de l'hospitalisation, des groupements régionaux de santé publique ou des missions régionales de santé.

D'après les précisions fournies à votre rapporteur par le cabinet de la ministre, 1 577 emplois à équivalent temps plein seront transférés du régime général d'assurance maladie aux ARS. Ces effectifs comprennent 1 267 emplois correspondant aux transferts budgétaires d'agents actuellement en poste dans les caisses et unions régionales et directions régionales du service médical, ainsi que 310 emplois correspondant à des postes budgétaires relatifs à des activités et métiers entrant dans le champ des missions et compétences des ARS et pourvues par appel à candidatures dans le réseau de l'assurance maladie. De même, le régime social des indépendants (RSI) devrait transférer 43 emplois aux ARS, la Mutualité sociale agricole (MSA) 73. Au total, ce sont ainsi 1 693 emplois qui seront transférés des organismes d'assurance maladie aux ARS.

Les contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie aux ARS correspondent aussi aux frais de fonctionnement des services des organismes d'assurance maladie auxquels les agences se substitueront.

Il apparaît toutefois que les besoins budgétaires des ARS pour l'exercice 2010 sont encore difficiles à évaluer à ce jour.

Ils dépendent en effet largement de la date à laquelle ces agences seront effectivement mises en place. En effet, l'article 131 de la loi du 21 juillet 2009 précitée dispose que l'article 118 de la même loi, qui les institue, entre en vigueur « *au plus tard le 1^{er} juillet 2010* ».

Pour évaluer les besoins de financement des ARS pour l'année 2010, année de leur mise en place, il faudra également prendre en compte leurs frais d'installation. La création de ces agences entraînera en effet de profondes restructurations administratives dans les services déconcentrés de l'État et dans

ceux des caisses d'assurance maladie. Ainsi, elles devront faire face à des dépenses d'installation comprenant notamment :

- des frais de nature immobilière, liés à la constitution des sièges régionaux des agences et à la remise en état des locaux quittés par les structures auxquelles elles se substitueront ;

- des coûts de mise en place de systèmes d'information, permettant aux agences de satisfaire à leurs obligations d'établissement public et d'employeur, notamment en termes de gestion budgétaire et comptable ;

- des frais relatifs aux systèmes d'information, dont les agences devront disposer pour pouvoir piloter les politiques de santé ;

- des charges relatives à l'accompagnement du changement, notamment en matière de communication, de formation, d'accélération des mutualisations et regroupements et d'appui.

D'après le cabinet de la ministre de la santé et des sports, ces frais s'élèveraient au total à 68 millions d'euros sur trois ans, de 2009 à 2011, comme l'indique le tableau ci-après. Sur cette somme, les régimes obligatoires d'assurance maladie seraient amenés à prendre 28 millions d'euros à leur charge.

Budget global de mise en oeuvre des ARS

		Total Coûts en k€	Ventilation annuelle en k€ TTC		
		TTC	2009	2010	2011
Total →		68 260	13 740	37 900	16 620
Création des ARS	Création juridique	120	120	0	0
	Marketing et communication externe	1 450	790	660	0
	Recrutements	640	590	50	0
	Sous-Total →	2 210	1 500	710	0
Accompagnement du changement	Formation	4 780	1 500	3 280	0
	Communication interne	920	280	640	0
	Sous-Total →	5 700	1 780	3 920	0
Mobilité des agents	Prime de mobilité	6 360	0	6 360	0
	Remboursement des frais engagés	930	0	930	0
	Sous-Total →	7 290	0	7 290	0
Systèmes d'information	Décisionnel	5 700	0	2 600	3 100
	Systèmes financiers (dont BC)	3 730	680	2 600	450
	GA Paie	5 200	0	2 700	2 500
	GA Paie transitoire	260	0	0	0
	Outils collaboratifs	2 150	300	280	1 570
	Infrastructures	3 200	170	3 030	0
	Sous-Total →	20 240	1 410	11 210	7 620
Immobilier	Aménagement des sites et postes de travail	12 000	2 400	3 600	6 000
	Aménagement des 16 Sièges préconstitués (densification)	4 800	600	4 200	0
	Déménagement	1 200	200	500	500
	Remises en l'état	5 000	1 000	1 500	2 500
	Sous-Total →	23 000	4 200	9 800	9 000
Assistance à la mise en oeuvre des ARS	Accompagnement projet national	5 130	4 100	1 030	0
	Accompagnement régional	4 690	750	3 940	0
	Sous-Total →	9 820	4 850	4 970	0
Total ARS →		68 260	13 740	37 900	16 620

Source : cabinet de la ministre de la santé et des sports

L'évaluation des besoins de financement des ARS pour 2010 étant ainsi rendue difficile par l'incertitude pesant sur leur date de création, il est proposé, à titre exceptionnel, de ne pas fixer dans la loi de financement de la sécurité sociale

le montant des contributions que leur verseront les régimes obligatoires d'assurance maladie, par dérogation aux dispositions de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique.

Sans fixer le montant de la participation des régimes obligatoires au financement des ARS, l'article 34 distingue, pour l'année 2010, deux dotations au sein de cette participation :

– une « *dotation financière destinée à financer une partie des dépenses d'installation* » des ARS, dont il est précisé qu'elle fera l'objet d'un rattachement par voie de fonds de concours, cette procédure permettant en effet à des personnes morales de droit public d'apporter des contributions à la mise en place des ARS qui seront rattachées aux crédits d'un programme ministériel ;

– une dotation fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture, « *pour un montant correspondant aux dépenses afférentes aux emplois transférés par les organismes d'assurance maladie et des crédits de fonctionnement s'y rapportant* ».

Prévoir une procédure dérogatoire pour la fixation des montants des contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie aux ARS pour l'année de leur mise en place est cohérent avec le dispositif de l'article 130 de la loi du 21 juillet 2009 précitée, qui charge, dans chaque région, un « *responsable préfigurateur de l'ARS* » de préparer le « *budget primitif* » du premier exercice de l'agence « *sur la base des éléments transmis par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie* ».

*

La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS 338 du rapporteur (amendement n° 52).

Puis, elle adopte l'article 34 ainsi modifié.

Article 35

Dotations des régimes obligatoires de sécurité sociale pour 2010 à divers établissements publics

Cet article a pour objet de fixer le montant, pour 2010, 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), à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) et à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

1. Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

Institué par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (loi du 21 décembre 2006), le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) est issu de la fusion de la dotation nationale de développement des réseaux et du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) dont il reprend les missions – pour une présentation détaillée des missions de ce fonds, *cf. supra*, le commentaire présenté sous l'article 6 du projet de loi.

Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Une partie (dotation régionale) des crédits du FIQCS est déléguée aux missions régionales de santé, le reste (dotation nationale) sert à financer des actions de portée nationale ou interrégionale.

D'après les informations recueillies par le Rapporteur auprès du ministère de la santé, le budget du fonds pour l'année 2010, d'un montant de 340 millions d'euros, a été établi à partir des éléments suivants.

- *Une dotation nationale de 80 millions d'euros comprenant :*

- une provision de 60 millions d'euros pour faire face au financement des projets de l'Agence des systèmes d'information partagés (ASIP), en particulier le dossier médical partagé (DMP) ;

- un montant de 4,5 millions d'euros provisionné pour la mise en œuvre des expérimentations nationales relatives à l'organisation des soins en premier recours. Ce montant apparaît nécessaire, compte tenu des réflexions en cours sur l'organisation des soins de proximité et la mise en place des agences régionales de santé. Il est complété par une provision de 5 millions d'euros pour le volet 2010 du financement de l'engagement ministériel sur les 100 maisons de santé pluriprofessionnelles supplémentaires annuelles ;

- un montant de 5 millions d'euros pour permettre la poursuite des expérimentations du bureau du Conseil national de la qualité et la coordination des soins (5,6 millions d'euros en 2009) ;

- l'accompagnement du développement des maisons d'accompagnement mises en œuvre dans le cadre du plan présidentiel « soins palliatifs », soit 1,5 million d'euros ;

- le projet de réseau des centres de référence « Maladies rares » pour 1,2 million d'euros ;

– la rémunération des bénéficiaires du nouveau contrat d’engagement de service public, prévu par la loi dite « HPST » à hauteur de 1,8 million d’euros ;

– une estimation de 1 million d’euros pour frais de gestion, d’évaluation des politiques du FIQCS et de construction de son système d’information.

• *Un budget des dotations régionales de 260 millions d’euros qui couvre notamment :*

– le financement à hauteur de 20 millions d’euros du soutien à la mise en place, par les agences régionales de santé, d’organisations des soins de premier recours (financement de la coordination des soins dans les maisons de santé pluriprofessionnelles, les centres et pôles de santé, financement d’actions prévues par les contrats pluriannuels d’objectifs et de moyens ambulatoires) ;

– le besoin de financement des réseaux de santé, estimé à 175 millions d’euros, du fait :

– des besoins de financement liés à l’effet report (engagements de l’année n-1 à honorer l’année n) ;

– des besoins de financement liés à l’impact des plans de santé publique (soins palliatifs, nutrition, addictions, cancer, gérontologie, maladies chroniques), qui prévoient tous un volet de développement des réseaux de santé (+ 21 millions d’euros) ;

– le financement de l’implantation des maisons médicales de garde et de dispositifs de régulation médicale (15 millions d’euros) ;

– des projets d’expérimentation des bureaux du Comité régional de qualité et de la coordination des soins, ramenés à 25 millions d’euros, ce qui correspond à leur niveau de dépenses depuis deux ans ;

– le financement d’autres actions visant au maintien de l’activité et à l’installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires : 1 million d’euros.

Au regard de ce budget prévisionnel, le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2009 fait apparaître que le FIQCS disposait fin 2008 d’un fonds de roulement de 144 millions d’euros correspondant au montant du report issu des résultats comptable du fonds depuis sa création (124 millions d’euros), auquel est venu s’ajouter le résultat 2008 (20 millions d’euros).

Suivi du FAQSV depuis et du FIQCS depuis 2007 (en millions d'euros)

ex-FAQSV	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Dotation	76,2	0	76,6	20	15	60	60	119,5
Dotation cumulée au fonds	252,4	328,6	405,2	425,2	440,2	500,2	560,2	679,7
Consommation annuelle	4,8	31	50	54,5	59,4	67	53	18,8
Consommation de crédits cumulés	104,8	135,8	185,8	240,3	299,7	366,7	419,7	438,5
Solde annuel	71,4	45,2	-50	-34,5	-44,4	-7	7,1	100,7
Solde net cumulé	147,6	192,8	142,8	108,3	63,9	56,9	64	155,2

Source: CNAMTS - DSS

FIQCS	2007	2008
Dotation	-	231
Budget (plafonné)	-	231
Reprise du FAQSV	155,2	-
Recettes issues de la DNDR	63,5	-
Consommation annuelle	94,7	211
Solde annuel	124,0	20
Solde net cumulé	124,0	144,0

Source: CNAMTS - DSS

Par ailleurs, l'annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 mentionne qu'au regard de la prévision de consommation et de la dotation pour 2009, le FIQCS pourrait disposer en fin d'année d'un fonds de roulement de 117,4 millions d'euros.

C'est pourquoi le I de l'article 35 propose que les besoins pour 2010, à hauteur de 340 millions d'euros, soient couverts à la fois par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie à hauteur de 228 millions d'euros et par la mobilisation du fonds de roulement pour le solde.

Le montant proposé pour la participation de l'assurance maladie au FIQCS est en augmentation de 20 % par rapport à 2009, de 190 millions d'euros – comme le propose l'article 6 du présent projet de loi (*cf. supra*) – à 228 millions d'euros.

Il faut se féliciter de cette augmentation qui prend utilement en compte la création des agences régionales de santé et les relations qu'elles développeront avec les professionnels de santé libéraux dans le champ de compétence du FIQCS, notamment par l'intermédiaire des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins créés par la loi dite « HPST ».

2. Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

a) Les missions du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

Dès 1998, la recomposition du tissu hospitalier a conduit à la création, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998, du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO). Il s'agissait, à l'origine, d'un dispositif exceptionnel de financement des établissements de santé, distinct des crédits versés par les caisses d'assurance maladie et comptabilisés en dehors de l'ONDAM, qui finançait principalement

des mesures d'accompagnement social d'opération de modernisation des établissements de santé, favorisant notamment la mobilité et l'adaptation des personnels.

L'article 40 de financement de la sécurité sociale pour 2001, puis l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, a substitué au FASMO le Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES) qui est devenu FMESPP à compter du 1^{er} janvier 2003, en reprenant les créances et obligations du Fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP) (articles 23 et 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003).

Le FMESPP est régi par le décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001, modifié, qui précise ses missions et son champ d'intervention. Il a été modifié à de nombreuses reprises. La dernière modification en date est celle apportée par le décret n° 2008-1529 du 30 décembre 2008, qui permet aux établissements de santé privés sans but lucratif d'être éligibles aux aides dites « individuelles » prévues dans le cadre du volet ressources humaines. La gestion du FMESPP a été confiée à la Caisse des dépôts et consignation.

L'extension des missions du fonds, qui sont actuellement définies par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, a conduit à distinguer deux grands volets (« ressources humaines » et « investissement ») auxquels s'ajoute notamment l'appui à des actions de modernisation et à la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A).

- *Le volet « ressources humaines »*

L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, prévoit le financement des actions d'améliorations des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé par le fonds.

Sont éligibles à un financement au titre de ce volet : les contrats d'amélioration des conditions de travail, les actions de modernisation sociale, dites « aides collectives » et les « aides individuelles », destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de modernisation, dont la liste est définie par le décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001.

Les aides individuelles (15,6 millions d'euros en 2008) consistent en une prise en charge financière d'aides à la mobilité, d'actions de conversion, d'indemnités de départs volontaires destinée à accompagner socialement le redéploiement d'agents, suite à des opérations de recomposition hospitalière ou de rééquilibrage financier des établissements de santé. Elles financent également des cellules régionales d'accompagnement social, destinées à assurer un soutien individuel et personnalisé aux agents concernés par les restructurations.

Pour ce qui concerne les crédits alloués en matière d'aides collectives, ceux-ci étaient, jusqu'en 2008, répartis chaque année par les agences régionales de l'hospitalisation sous la forme d'une enveloppe unique « actions de modernisations sociale » dont 80 % au moins devaient être consacrés à la promotion professionnelle et 20 % au plus aux projets sociaux. Depuis 2009, les aides collectives du volet « ressources humaines » du FMESPP ne comprennent plus les actions de promotion professionnelle. En effet, celles-ci seront désormais prises en charge par le Fonds de développement de la promotion professionnelle (FMPP), prévu par l'article 16-II de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, qui crée une nouvelle contribution des établissements destinée à renforcer la promotion professionnelle.

Le FMESPP continue de financer les actions de projets sociaux hors promotion professionnelle. À ce titre, sont privilégiées les actions de formation autres que la promotion professionnelle, les actions envers les nouveaux arrivants, les actions d'accompagnement au changement ainsi que les actions en faveur de la santé et des conditions de travail (achat de matériel ergonomique par exemple).

• *Le volet « investissement »*

Au titre du III de l'article 40 de la loi de financement pour 2001, le fonds finance « des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé ». Au terme de l'article 8-1 du décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001, ces opérations de modernisation doivent faire l'objet d'un agrément du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation compétente.

Le volet investissement du plan « Hôpital 2012 » 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, aux recompositions hospitalières, aux développements des systèmes d'informations et à certaines mises aux normes de sécurité dans les établissements de santé.

Si l'objectif principal du plan « Hôpital 2007 » était la modernisation immobilière, le programme d'investissement « Hôpital 2012 » est principalement centré sur l'amélioration de l'efficacité hospitalière. Le FMESPP participe ainsi au financement du plan « Hôpital 2012 ». L'objectif de 10 milliards d'euros d'investissements fixé par le plan fait l'objet d'un soutien spécifique de l'assurance-maladie à hauteur de 5 milliards d'euros. Celui-ci prend la forme d'une part, d'une subvention d'investissement assurée par la voie du 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 et des dotations aux amortissements à hauteur de 3,8 milliards d'euros.

En complément du volet investissement du plan « Hôpital 2012 », le plan « psychiatrie et santé mentale » comporte une mesure prioritaire (Plan régional

d'investissement en santé mentale) axée sur la relance de l'investissement hospitalier dans le domaine de la psychiatrie.

Ce volet spécifique au renforcement des moyens d'investissement en psychiatrie doit permettre de générer, sur la période 2006-2010, des investissements à hauteur de 1,5 milliard d'euros, sur la base d'un accompagnement à hauteur de 750 millions d'euros. Il constitue un levier essentiel d'adaptation et de modernisation des établissements de santé à la hauteur des impératifs de qualité, de sécurité des soins et des soignants et des exigences légitimes des usagers du système de santé.

L'accompagnement financier repose sur deux sources de financement :

– des aides en capital du FMESPP, à hauteur de 50 millions d'euros sur les 5 ans ;

– des aides en fonctionnement en crédits ONDAM, destinées à couvrir les surcoûts de fonctionnement générés par le recours à l'emprunt et des dotations aux amortissements pour le financement de 700 millions d'euros d'investissement.

Par ailleurs, et en application de l'article 48 de la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, l'ensemble des hospitalisations des personnes détenues pour motif psychiatrique, avec ou sans leur consentement, doit être réalisé dans des unités hospitalières spécialement aménagées. La création de 17 unités est ainsi prévue, d'une capacité de 705 lits en deux tranches. La première tranche de travaux a débuté en 2007 et concerne 9 unités de 440 lits. Un financement des études par le FMESPP a été versé aux 9 sites sélectionnés. Sur ce programme, deux unités ont bénéficié d'un financement en investissement du fonds au titre de leur construction. La seconde tranche de 8 unités de 265 lits est prévue pour 2010-2011.

Le financement des travaux de construction de la première tranche, à l'exception des frais liés à la sécurisation, est assuré par deux sources de financement pour la période 2008-2011 : des aides en capital du FMESPP et des aides en fonctionnement en crédits ONDAM, destinées à compenser les coûts liés au recours à l'emprunt et des dotations aux amortissements des établissements publics concernés.

Par ailleurs, le plan de relance : « Sécurisation dans les établissements ayant une activité de psychiatrie » a également des implications pour le FMESPP.

En effet, conformément aux orientations arrêtées par le Président de la République le 2 décembre 2008, et suite à la loi de finances rectificative pour 2009 ⁽¹⁾, le FMESPP a reçu une dotation complémentaire, dont l'objet unique est

(1) Article 11 de la loi n° 2009-122 du 4 février 2009 prévoit que : « Le fonds créé à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n°2000-1257 du 23 décembre 2000) est abondé, au titre de l'année 2009, par un versement du budget général de 70 M€ en autorisations d'engagement et en crédits de paiement, destiné au financement de dépenses d'investissement des établissements de santé ayant une

de financer un plan de sécurisation des établissements de santé qui dispensent des soins en psychiatrie.

Cet abondement du fonds, à titre exceptionnel dans le cadre du plan de relance, d'un montant de 70 millions d'euros depuis le budget général de l'État est destiné aux établissements de santé ayant une activité de psychiatrie.

Cette enveloppe se répartit comme suit : 30 millions sont consacrés à la sécurisation des établissements et 40 à la création de quatre unités pour malades difficiles.

Enfin, d'autres opérations d'investissements bénéficient de subventions du FMESPP, sur décision de la ministre de la santé, pour accompagner des projets innovants ou prendre en compte des situations particulières, comme par exemple :

– au titre des projets innovants : création d'unités cognitivo-comportementales en soins de suite et de réadaptation dans le cadre du Plan Alzheimer ;

– au titre de situations particulières : surcoûts de la reconstruction de l'hôpital de Saint Pierre et Miquelon liés à la situation ultramarine, équipements des structures de prises en charge de la douleur chronique rebelle, etc.

• *Le financement des missions nationales accompagnant la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 »*

Le fonds prend en charge, dans la limite de montants arrêtés par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, les coûts de fonctionnement, d'une part, de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et en son sein, de la mission nationale pour la tarification à l'activité (Mission T2A), et, d'autre part, de la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), des missions régionales ou interrégionales d'appui à l'investissement et d'une mission nationale et des missions régionales ou interrégionales d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH).

– *La Mission nationale « tarification à l'activité » et l'ATIH*

La volonté de mise en œuvre de la tarification à l'activité pour l'allocation des ressources d'assurance maladie aux établissements de santé s'est traduite par la création d'une mission opérationnelle pour la tarification à l'activité.

Les objectifs de la mission sont de construire et simuler les différents scénarii de mise en œuvre d'une tarification à l'activité⁽¹⁾ ; d'accompagner les établissements expérimentateurs ; de consulter les professionnels sur les options

activité de santé mentale pour des équipements de sécurisation et pour la création d'unités pour malades difficiles.

(1) *Après le secteur médecine-chirurgie-obstétrique depuis la création de la mission, l'année 2008 a, par ailleurs, vu la prise en charge par la Mission T2A de l'expérimentation de la T2A dans le secteur soins de suite et de réadaptation (SSR).*

retenues et leur présenter les résultats des simulations et des expérimentations et de proposer les différentes mesures réglementaires et d'accompagnement technique nécessaires à la réussite de la généralisation.

Depuis 2008 ⁽¹⁾, la Mission T2A est devenue un service de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et constitue un budget annexe de cette agence. Aussi, le FMESPP finance, depuis la loi de financement pour 2009, cette agence en lieu et place de la Mission T2A.

– La Mission d'appui à l'investissement national hospitalier

La mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) est née de la volonté d'accompagner la relance de l'investissement engagée par le plan « Hôpital 2007 » par une équipe dédiée de professionnels. Cette mission poursuit le travail d'accompagnement des établissements de santé dans le cadre du plan « Hôpital 2012 ».

Constituée au niveau national d'une équipe légère, la mission est relayée, dans chaque région, par des experts placés sous l'autorité du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, spécialisés dans les domaines de l'investissement et des systèmes d'information hospitaliers.

– La Mission d'expertise et d'audit hospitaliers

La mission d'expertise et d'audit hospitalier est chargée de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et de diffuser auprès de ces établissements les références et recommandations de gestion hospitalière qu'elle élabore à partir des résultats des audits.

La mission a vu son champ d'action évoluer de manière importante. Elle vise principalement à déployer plus largement dans les établissements de santé les bonnes pratiques issues des chantiers expérimentaux lancés depuis trois ans ; à déployer le dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières, dont l'objectif est de permettre la réussite de la modernisation de l'hôpital et à renforcer le ministère pour que les établissements réalisent les économies nécessaires à la préservation des équilibres financiers de l'assurance-maladie.

Il convient de souligner qu'avec la loi dite « HPST », et pour tenir compte de la création de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), les dispositions relatives au financement de la mission d'appui et de la mission d'expertise par le FMESPP n'auront plus lieu d'être. En effet, l'article 18-II de la loi précise que les budgets de ces deux missions sont transférés au titre des droits et obligations au profit de l'ANAP, à compter de la publication de l'arrêté d'approbation de la convention constitutive

(1) Décret n°2008-489 du 22 mai 2008 relatif à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation prévoit que la mission T2A (mission T2A) est un service géré par l'ATIH dans le cadre d'un budget annexe et financé dans les conditions prévues par l'article 40-III ter de la loi du 23 décembre 2000.

(qui est la date officielle de la création de cette agence). Dès lors à compter de 2010, le FMESPP n'aura plus vocation à prendre en charge les coûts de fonctionnement de ces deux missions.

- *Les autres actions de modernisation*

La tendance amorcée dès 2007 d'un essor des autres actions de modernisation financées par le FMESPP se poursuit.

Ainsi, l'accompagnement financier de la modernisation des équipements techniques des SAMU et des SMUR a représenté 17,4 millions d'euros sur la période 2007-2008, 12 millions pour 2009 et sera financé à hauteur de 13,39 millions en 2010. Ce programme dont l'objectif est d'assurer la migration vers le réseau de télécommunication de la sécurité civile française ANTARES d'environ 50 SAMU, le renouvellement des équipements de téléphonie (autocommutateur) d'environ 25 SAMU, et le financement de systèmes d'information pour 5 régions, devra être poursuivi et nécessite des besoins de financement pour 2010 à hauteur de 13,4 millions d'euros. Ces bases de financement devront être poursuivies jusqu'en 2011, pour parvenir progressivement à la modernisation de la totalité des 103 SAMU.

En 2008, la généralisation du recueil d'information médicalisée en psychiatrie à l'ensemble des établissements publics et privés exerçant une activité de psychiatrie a engendré pour les établissements de santé des dépenses d'équipement. À ce titre, une aide financière en investissement d'un montant de 12 millions d'euros a été versée aux établissements de santé concernés.

En 2009, afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gestion en commun de certaines fonctions et activités, les coopérations entre établissements de santé sont favorisées par la loi dite « HPST » qui crée les communautés hospitalières de territoires. À ce titre, des financements ont été réservés au sein du FMESPP, pour un montant de 10 millions d'euros pour des projets de préfiguration et d'accompagnement de ces communautés.

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

Le II du présent article fixe à 264 millions d'euros pour l'année 2010, ce qui représente une augmentation de près de 39 % par rapport au montant fixé pour 2009 (190 millions) le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP, conformément à l'article 40 de la loi relative au financement de la sécurité sociale pour 2001 qui dispose que les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Le fonds a été doté successivement de 327 millions d'euros pour 2006, 376 millions d'euros pour 2007, 201 millions d'euros pour 2008 et 190 millions d'euros pour 2009.

L'ensemble des besoins et opérations de modernisation financés par des crédits du fonds conduit à évaluer les besoins pour 2010 à hauteur de 288,95 millions d'euros.

Cette évaluation des besoins se décompose, d'après les informations recueillies auprès du ministère de la santé, de la manière suivante :

- *Le volet ressources humaines (55 millions d'euros)*

Le financement des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail va être relancé. Cette mesure s'inscrit dans le cadre de l'engagement du Gouvernement « *pour une politique redynamisée en faveur de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique* », annoncé le 7 mai 2009 aux partenaires sociaux de la fonction publique et s'inscrit en particulier dans la mise en place du nouveau plan "*santé au travail*" pour la période 2010-2014, annoncé par le ministre chargé du travail le 30 avril 2009 lors de l'installation du Conseil d'orientation sur les conditions de travail.

S'agissant de l'enveloppe des aides individuelles, l'extension des aides individuelles du FMESPP aux établissements privés à but non lucratif, ainsi que l'évolution croissante des besoins de financements pour soutenir les actions de modernisation et de restructurations des établissements de santé conduisent à un accroissement de cette enveloppe.

- *Le volet investissement (208,61 millions d'euros)*

Il comprend pour 2010 plusieurs éléments :

- le plan « Hôpital 2012 » : le montant correspondant comprend la tranche 2010 des aides relatives aux opérations d'investissement immobilières ainsi que celles relatives aux systèmes d'information hospitaliers ;

- le programme régional d'investissement en santé mentale : il s'agit de la dernière année de cette mesure du plan santé mentale destinée à soutenir l'investissement pour accompagner l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie, notamment en modernisant les locaux et en adaptant ceux-ci à des nouvelles modalités d'hospitalisation ;

- la création des unités hospitalières spécialement aménagées (cf. *supra*).

- la reconstruction de l'hôpital de Saint Pierre et Miquelon ;

- le programme de lutte contre la douleur 2006-2010 : l'une des mesures est l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des patients. Il s'agit donc

de financer par le FMESPP les projets de rénovation et de réaménagement des locaux des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle ;

– la création d’unités de soins de suite et de rééducation Alzheimer . Il s’agit de financer des structures hospitalières adaptées aux personnes souffrant de la maladie d’Alzheimer et maladies apparentées. En effet, le plan Alzheimer 2008-2012, prévoit l’identification de 120 unités de 10-12 lits. Ces unités sont identifiées au sein de structures préexistantes à orientation polyvalente ou gériatrique, publiques et privées. À partir de 2010, les nouvelles unités identifiées seront financées, en année pleine, sur l’ODAM hors unités de séjours de longue durée pour les crédits de fonctionnement et sur le FMESPP pour les crédits d’investissement ;

– des équipements spécifiques pour les personnes obèses dans les unités de soins de longue durée et les unités de soins de suite et de rééducation ;

– des aides diverses en investissement pour les systèmes d’information hospitaliers. Il s’agit de crédits destinés à couvrir les coûts de fonctionnement et d’équipements des systèmes d’information d’établissements de santé (plan maladies rares, coordination nationale et mise en commun d’outils dans les centres de référence pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires...).

● *Le volet actions de modernisation (21,69 millions d’euros)*

Il s’agit de poursuivre le financement en 2010 de la migration vers le réseau de télécommunication de la sécurité civile française ANTARES d’environ 50 SAMU, le renouvellement des équipements de téléphonie (autocommutateur), et le financement de systèmes d’information permettant une connaissance de l’offre de soins (répertoire opérationnel des ressources),

Diverses actions de modernisation et de restructuration en faveur des établissements de santé sont par ailleurs prévues : la gestion des risques, les accords de bonnes pratiques hospitalières, la poursuite de la mise en place des répertoires métiers dans le cadre de projets de gestion prévisionnel des métiers et des compétences, tels qu’initiés en 2007

● *Le volet budget des missions hôpital (3,65 millions d’euros)*

Le financement du budget de la Mission MT2A et de l’ATIH est quasiment reconduit à l’identique par rapport à 2009. Il convient toutefois de rappeler que, pour 2010, la loi dite « HPST » prévoit le transfert des budgets des missions nationales d’appui à l’investissement hospitalier et d’expertise et d’audit hospitalier dans le cadre de la création de la future Agence nationale pour l’appui à la performance hospitalière (ANAP).

Au regard de ces besoins, on constate que la mobilisation de crédits du FMESPP ouverts au titre d’années antérieures 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. D'après le rapport fait en septembre 2009 par la Direction de la sécurité sociale à la Commission des comptes de la sécurité sociale, le fonds présentait en 2008 un taux de consommation cumulé de 81,1 %.

Évolution de la dotation annuelle du FMESPP depuis 2002

(en millions d'euros)

FMESPP	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
Dotation annuelle	244,0	450,0	470,0	405,0	327,0	376,0	201,0	190,0	264,0
Consommation annuelle	247,3	375,0	458,9	408,5	275,5	183,5	223,1	ND	
Taux de consommation	101,4 %	83,3 %	97,6 %	100,9 %	84,3 %	48,8 %	111 %		
Taux de consommation cumulé	60,6 %	70,6 %	79,1 %	83,8 %	83,8 %	78,8 %	81,1 %		

ND : non disponible

Source : Direction de la sécurité sociale, rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2009.

* dotation proposée par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Il est donc proposé que les besoins pour 2010, à hauteur de 288,95 millions d'euros, soient couverts à la fois par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, à hauteur de 264 millions d'euros, et par la mobilisation de crédits du FMESPP ouverts, mais toujours pas décaissés, au titre d'années antérieures pour le solde.

Cette augmentation du montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds de près de 39 % par rapport au montant fixé pour 2009 est de nature à favoriser la réussite du plan « Hôpital 2012 ».

3. L'Office nationale d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)

Le III de l'article 35 fixe à 70 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'État 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 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'Office de :

– réparer, au titre de la solidarité nationale, les décès et les dommages correspondants à un taux d'incapacité permanente 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.

Par ailleurs, 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.

De plus, 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.

Enfin, l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a instauré une procédure d'indemnisation à l'amiable, par l'Office, pour les victimes d'une contamination par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine ou d'une injection de médicaments dérivés du sang.

• *La dotation globale de l'ONIAM pour 2010*

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.

Depuis sa création, les dotations de l'assurance maladie à l'office ont été de 70 millions d'euros par an de 2002 à 2004 et de 30 millions d'euros en 2005.

Pour les années 2006 et 2007, aucune dotation de l'assurance maladie n'est apparue nécessaire au vu des dotations déjà votées, le fonds de roulement de l'Office s'établissant à 200 millions d'euros fin 2005 et à 165 millions d'euros fin 2006.

Pour 2008, la dotation de l'assurance maladie s'est élevée à 50 millions d'euros, le fonds de roulement s'établissant fin 2007 à 98 millions d'euros.

Pour 2009, la dotation s'est élevée à 117 millions d'euros, le fonds de roulement étant de 76 millions d'euros fin 2008 et prévu à hauteur de 35 millions fin 2009.

L'activité du premier semestre 2009 conduit l'ONIAM à anticiper, fin 2009, un total de dépenses (y compris celles liées aux accidents vaccinaux financées par une dotation État), de 107 millions d'euros (au lieu de 141 millions prévus dans le budget 2009) et un fonds de roulement égal à 102 millions d'euros (au lieu de 35 millions prévus dans le budget 2009).

Aussi, compte tenu des prévisions de dépenses pour 2010 évaluées à 122 millions d'euros par l'ONIAM et du montant du fonds de roulement fin 2009, il est proposé de fixer la dotation à 70 millions d'euros.

4. L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)

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'État est chargé, principalement, de gérer le corps de réserve sanitaire et de constituer et gérer, 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 l'acquisition, la fabrication, l'importation, la distribution et l'exportation des produits nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves ou au titre du financement d'actions de prévention des risques sanitaires majeures, le respect de ce plafond étant apprécié sur trois exercices consécutifs (pour une présentation plus détaillée de cet établissement, *cf. supra*, le commentaire présenté sous l'article 6).

Le montant proposé pour la dotation de l'assurance maladie à l'EPRUS pour 2010 est en diminution de 89,4 % par rapport à 2009, de 414,8 millions – comme le propose l'article 6 du présent projet de loi (*cf. supra*) – à 44 millions d'euros.

Il convient toutefois de signaler que l'année 2009 a été exceptionnelle pour l'EPRUS. En effet, à partir du mois d'avril 2009, la pandémie de grippe A/H1N1 a fortement impacté la programmation de l'établissement et, en application des directives du ministère de la santé, l'établissement a joué, à partir de cette date, un rôle logistique clé dans l'achat et la distribution des masques, antiviraux et vaccins sur l'ensemble du territoire français.

D'après les informations fournies par le ministère de la santé, le budget prévisionnel pour 2010 a été établi en prenant en compte les grandes catégories de dépense suivantes :

- épidémiologie et fin d'épidémie de grippe A/H1N1 : 30 millions d'euros
- nucléaire, radiologique, biologique et chimique : 11,7 millions d'euros
- logistique, transport, destruction, recyclage : 15,5 millions d'euros
- stockage : 15 millions d'euros
- investissement : millions d'euros
- autres frais (fonctionnement, réserve sanitaire) : 12 millions d'euros

Au total, la programmation prévisionnelle de l'EPRUS en 2010 s'élève donc à 87,2 millions d'euros.

Compte tenu du financement par l'État via le programme 2004 « Prévention et sécurité sanitaire » de la loi de finances pour 2010, qui prévoit une subvention pour charge de service public versée par l'État à l'EPRUS d'un montant de 43,5 millions d'euros, et afin de respecter l'obligation de financement à parité État-assurance maladie, le montant de la participation des régimes obligatoire d'assurance maladie au financement de l'EPRUS nécessaire pour l'année 2010 serait ainsi de 44 millions d'euros, montant de la dotation prévue au présent article.

Cette programmation est hautement tributaire du déroulement de l'épidémie de grippe A/H1N1, qui entraîne une faible visibilité sur les sorties des stocks déjà constitués. Il n'est donc pas exclu que cette programmation nécessite d'être révisée en fonction de l'évolution de l'épidémie et des mesures sanitaires mises en place pour y répondre.

*

La Commission adopte l'article 35 sans modification.

Après l'article 35

La Commission est saisie d'un amendement AS 126 de Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. Cet amendement prévoit que des règles d'accessibilité aux soins de premier recours soient fixées. La ministre de la santé ne s'est pas déclarée hostile à cette idée, lors de son audition devant la mission d'information sur l'offre de soins.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Cette question relève des schémas régionaux d'organisation sanitaires, définis par les ARS en fonction des réalités du terrain. On ne peut pas inscrire dans la loi des contraintes précises, car il faudra mener une analyse région par région.

La Commission rejette cet amendement.

La Commission est saisie de l'amendement AS 124 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Cet amendement tend à rendre publics les liens entre les professionnels de santé et l'industrie pharmaceutique. Il ne suffit pas, en effet, que ces liens, générateurs de conflits d'intérêts, soient communiqués à l'ordre professionnel concerné : les usagers doivent aussi en avoir connaissance.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Les entreprises ont l'obligation légale, sous peine de poursuites, de transmettre les contrats au conseil de l'ordre concerné. Quant aux praticiens concernés, ils ont l'obligation, lorsqu'ils s'expriment publiquement – dans un colloque, par exemple –, de signaler leurs liens éventuels avec les entreprises.

Mme Catherine Lemorton. Les médecins qui interviennent dans des émissions télévisées devant des centaines de milliers de téléspectateurs sont loin de se conformer toujours à cette obligation ! Quand la loi n'est pas appliquée, il faut durcir les textes.

M. Patrick Roy. J'ai observé que, comme l'indique à très juste titre Catherine Lemorton, les médecins qui s'expriment dans des colloques ne font pas toujours état des liens qu'ils peuvent avoir avec l'industrie.

M. Claude Leteurtre. Cet amendement instaurerait une suspicion. Les errements sont très rares et, lorsqu'ils se produisent, il faut demander des sanctions.

M. Simon Renucci. Cet amendement de transparence est important pour l'honneur même de la profession médicale.

M. Denis Jacquat. L'Ordre des médecins peut être saisi en cas de suspicion.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Comme le rappelle Catherine Lemorton elle-même, la publicité des conflits d'intérêts figure déjà à l'article L. 4113-13 du code de la santé publique. Par ailleurs, cet amendement me semble excéder le champ d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

La Commission rejette cet amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 121 de Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. Cet amendement tend à ce que les praticiens, utilisant des équipements lourds soumis à autorisation, s'engagent à réaliser 70 % de leur activité en secteur 1. Dès lors en effet que la puissance publique intervient au nom de l'intérêt général en délivrant des autorisations, tout le monde doit pouvoir avoir accès aux équipements concernés.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. La création du secteur optionnel devrait donner certaines garanties. En outre, ces équipements lourds peuvent résulter d'investissements réalisés par des entreprises privées.

Mme Marisol Touraine. Oui, mais c'est la sécurité sociale qui rembourse !

M. Jean-Luc Prével. Du reste, il n'est pas prévu que le secteur optionnel s'applique aux radiologues. Or, cet amendement les concerne.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Les dépassements sont très rares chez les radiologues – de l'ordre de 2 ou 3 %.

Mme Marisol Touraine. Ils n'en ont pas besoin : leurs revenus sont déjà les plus élevés.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Mais sans dépassements. En outre, la ministre s'est engagée à baisser les tarifs.

M. Simon Renucci. Le secteur optionnel sera la porte ouverte à une autorisation de dépassement d'honoraires.

La Commission rejette cet amendement.

Après que l'amendement AS 46 de M. Jean-Luc Prél a été retiré, la Commission est saisie de l'amendement AS 120 de Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Afin d'améliorer les réponses faites aux patients dans le cadre de la permanence des soins, des référentiels devraient être établis par la Haute autorité de santé.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable, car l'amendement me semble mal rédigé. Par ailleurs, il me semble que la ministre avait demandé que cette question soit approfondie et qu'un rapport soit élaboré par la Haute autorité de santé. Enfin, il n'est pas certain que cette mesure relève de la loi. Une nouvelle rédaction serait préférable, qui tendrait par exemple à demander un rapport.

Mme Catherine Génisson. La mission parlementaire sur la prise en charge des urgences médicales avait formulé la proposition qui fait l'objet de notre amendement, lequel ne me semble pas être mal rédigé.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Ce serait plutôt à l'UNCAM de demander à la Haute autorité de santé un référentiel dans le domaine de la permanence des soins, ce qui ne demande nullement de passer par la loi.

Mme Catherine Génisson. Vous refusez les propositions que nous formulons pour diminuer les dépenses de santé, améliorer la qualité de prise en charge des patients et éduquer nos concitoyens !

La Commission rejette cet amendement.

Article additionnel après l'article 35

Affiliation des conjoints-collaborateurs des professionnels libéraux aux régimes d'assurance invalidité-décès

Elle examine ensuite l'amendement AS 238 de M. Guy Lefrand.

M. Guy Lefrand. Cet amendement tend à régler un problème juridique, en apportant la correction rédactionnelle nécessaire pour que les conjoints collaborateurs des professions libérales et des avocats puissent désormais cotiser pour le risque invalidité-décès, comme ils le font déjà au titre de la retraite complémentaire et comme le font les conjoints collaborateurs des commerçants et artisans.

Après avis favorable du rapporteur, la Commission adopte cet amendement (amendement n° 53).

Après l'article 35

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 122 de Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. Toutes les enquêtes montrent que les bénéficiaires de la CMU-C éprouvent de grandes difficultés pour obtenir des consultations des médecins, notamment en région parisienne et à Paris *intra-muros*. Un tableau précis de la situation est indispensable et l'amendement propose donc la remise au Parlement, dans un délai d'un an, d'un rapport sur les refus et renoncements de soins. Dans l'immédiat, nous voulons faire l'hypothèse que les praticiens qui refusent les bénéficiaires de la CMU-C le font par ignorance de leurs obligations.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Le rapport annuel du Fonds CMU, qui aborde la question du renoncement ou du non-accès aux soins, semble déjà répondre à ce souhait. Avis défavorable donc.

M. Yves Bur. Compte tenu de la qualité des rapports du Fonds CMU, un rapport supplémentaire ne nous éclairerait sans doute pas davantage. Le même raisonnement vaut pour le rapport proposé par l'amendement AS 123. Il conviendrait plutôt d'exploiter les données dont nous disposons pour étudier les moyens concrets d'améliorer le dispositif existant.

M. Simon Renucci. Comment pourrait-on vérifier que les bénéficiaires de la CMU ont réellement accès à des soins de qualité ?

Mme Marisol Touraine. Le rapport que nous proposons ne se limiterait pas aux bénéficiaires de la CMU-C, mais porterait sur l'ensemble des personnes qui sont confrontées à des refus de soins.

M. Yves Bur. Un rapport supplémentaire ne réglerait pas les problèmes. Peut-être vaudrait-il mieux demander que le président du Fonds CMU évoque plus précisément encore dans son rapport annuel les refus de soins. Quant aux personnes qui se heurtent à ces refus, elles doivent les signaler à l'assurance maladie, qui doit saisir l'Ordre des médecins, et celui-ci doit faire son travail mieux qu'il ne l'a fait jusqu'à présent.

La Commission rejette cet amendement.

Puis elle examine l'amendement AS 123 de Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. Cet amendement, proposé dans le même esprit que le précédent, est particulièrement opportun en cette année où l'on fête le dixième anniversaire de la CMU.

M. le président Pierre Méhaignerie. C'est une raison de plus pour que nous auditionnions M. Chadelat, directeur du Fonds CMU.

Après avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette cet amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 164 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il semblerait que la France soit l'un des pays d'Europe où le prix des médicaments génériques est le plus élevé, et que ces médicaments connaissent en outre des mouvements de hausse de prix après avoir été introduits à bas prix sur le marché. Un rapport sur ces questions serait utile.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Nous pourrions demander au Comité économique des produits de santé, qui rend chaque année un rapport où il est question des génériques, de développer davantage ce sujet.

M. Yves Bur. Dès 2004, je déclarais que les génériques étaient trop chers. Bien que les prix aient fortement baissé – de 55 à 60 % –, ils restent encore élevés, en particulier par rapport à ceux qui se pratiquent aux Pays-Bas, où prévaut un système d'appels d'offres. Le rapport annuel du comité économique pourrait, comme le propose le rapporteur, traiter cette question d'une manière plus approfondie.

M. Patrick Roy. Mme Fraysse obtiendra-t-elle effectivement les éclaircissements qu'elle demande ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. C'est précisément ce que permettrait le rapport du comité.

Mme Jacqueline Fraysse. Peut-être déposerai-je un amendement prenant acte de cette proposition.

L'amendement AS 164 est retiré.

Article 36

Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Le présent article a pour objet de fixer, ainsi que le prévoit 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 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale d'une part, et pour le seul régime général de la sécurité sociale d'autre part.

1. Distinction entre les périmètres respectifs des objectifs 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'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale prévoit qu'est jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année, une annexe précisant

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'objectif national de dépenses d'assurance maladie* ». En application de cette disposition, l'annexe n° 7 au présent projet de loi montre que ces deux objectifs n'ont ni la même nature, ni le même périmètre.

- *Des natures différentes*

L'ONDAM constitue un concept de nature économique, alors que les dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont calculées en application de normes comptables.

En effet, la construction de l'ONDAM pour une année n prend comme base une estimation des dépenses de soins de l'année $n - 1$ à partir des données disponibles en septembre. Elle repose sur une prévision du rythme de progression spontanée des dépenses de santé – estimé à 4,4 % pour l'année 2010 par le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2009. Elle tient compte de l'impact financier des mesures d'économies envisagées.

L'ONDAM de l'année n est donc réévalué régulièrement, dès que les données relatives aux dépenses de soins en droits constatés de l'année $n - 1$ sont connues et que celles relatives aux premiers mois de l'année n peuvent être consolidées.

En revanche, les dépenses de la branche maladie pour l'année n sont arrêtées une fois pour toutes lors de la clôture des comptes annuels. Des dotations pour provisions sont inscrites en compte pour retracer, sur la base de prévisions, les dépenses dues au titre d'un exercice annuel mais pas encore facturées au 31 décembre, mais elles ne sont pas réévaluées lorsque le montant exact des dépenses concernées est connu.

En outre, alors que l'ONDAM est construit d'emblée comme un objectif interrégimes, les objectifs de dépenses de la branche maladie sont établis soit pour le régime général seul, soit par addition des objectifs de dépense de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie.

- *Des périmètres différents*

Le champ de l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès intègre des prestations et des charges qui n'entrent pas dans le périmètre de l'ONDAM. Il s'agit notamment des prestations d'invalidité et de décès, ainsi que des indemnités journalières d'assurance maternité et paternité.

À l'inverse, le périmètre de l'ONDAM est un objectif inter-branches : il comprend certaines dépenses qui sont comptabilisées dans les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles : les prestations pour incapacité temporaire et les indemnités journalières d'accident du travail.

Ainsi, comme l'indique l'annexe n° 7 au projet de loi, l'ONDAM ne comprend que 80 % des charges de la branche maladie, et 30 % de celles de la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Le tableau-ci après représente les périmètres respectifs des objectifs de dépenses de ces branches et de l'ONDAM.

Composition de l'ONDAM et des comptes de branches pour l'exercice 2010

Objectif de la branche maladie, maternité, invalidité décès		Objectif de la branche AT-MP	
Hors ONDAM	ONDAM		Hors ONDAM
A. gestion technique			
I. Prestations sociales - part des prestations médico-sociales financée par la CNSA - prestations en espèce = IJ maternité - prestations invalidité décès - prestations extra-légales (action sanitaire et sociale) - actions de prévention - autres prestations - conventions internationales	I. Prestations légales maladie maternité: - prestations en nature maladie maternité (hors part des prestations médico-sociales financée par la CNSA, hors conventions internationales), minorées des remises conventionnelles pharmaceutiques - prestations en espèce (hors IJ maternité)	I. Prestations pour incapacité temporaire: - prestations en nature - prestations en espèce suite à AT	- prestations pour incapacité permanente
II. Charges techniques	II. Charges techniques, dont: - prise en charge de cotisations des professionnels libéraux - dotation aux fonds (FICQS, FAC, FMESPP)		II. Charges techniques - rentes AT - dotations aux fonds amiante
III. Diverses charges			III. Diverses charges
IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM			IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM
V. Charges financières			V. Charges financières
B. gestion courante			
	- aide à la télétransmission		

Source : annexe n° 7 au projet de loi

● *Des dynamiques différentes*

L'ONDAM et l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès suivent des rythmes de progression différents, liés à la dynamique des charges et prestations qui ne sont pas dans leur champ commun.

S'agissant des indemnités journalières de maternité et de paternité, le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2009 prévoit qu'après une forte progression en 2008, ces dépenses devraient retrouver en 2009

et 2010 un rythme de progression moins rapide, s'établissant respectivement à 1,2 % et 2,7 % en 2009, puis 1,9 % et 3,4 % en 2010, comme l'indique le tableau ci-dessous. Le rapport précité explique cette décélération par l'effet conjugué d'une stabilisation du nombre de naissances et d'une progression moins rapide des salaires. La dynamique plus soutenue des indemnités journalières de paternité s'expliquerait, quant à elle, par la poursuite de la montée en charge du dispositif.

Tableau 1 - Les indemnités journalières, maternité et paternité (régime général)

	2006		2007		2008		2009		2010	
		%		%		%		%		%
Total	2 609	3,7%	2 651	1,6%	2 790	5,3%	2 827	1,3%	2 884	2,0%
dont IJ maternité	2 412	3,6%	2 447	1,4%	2 572	5,1%	2 603	1,2%	2 653	1,9%
dont IJ paternité	197	5,2%	204	3,6%	218	6,7%	224	2,7%	231	3,4%

En millions d'euros
Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale du 1^{er} octobre 2010

Concernant les prestations d'assurance décès, elles augmenteraient légèrement en 2009 et 2010, à un rythme avoisinant 1 %, après une hausse de 1,8 % en 2008.

Enfin, d'après les prévisions présentées par le rapport précité à la Commission des comptes, la croissance des prestations d'invalidité devrait continuer à décélérer en 2009 et 2010 sous l'effet de deux tendances :

- l'arrivée des premières générations du baby-boom à l'âge de soixante ans, à partir duquel ils ne relèvent plus de la branche maladie, a pour effet d'équilibrer les flux d'entrée et de sortie en invalidité ;

- la diminution des dépenses d'allocations supplémentaires d'invalidité (– 5,1 % en 2008) et la baisse du nombre de titulaires d'une majoration pour tierce personne (– 1 % en 2008) nourrissent une tendance à la baisse des dépenses liées aux majorations de pensions.

Compte tenu de ces tendances, les dépenses de prestations d'invalidité devraient connaître une croissance nulle en 2009, et avoisinant 0,6 % en 2010.

2. Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour l'ensemble des régimes obligatoires et pour le régime général seul

Le présent article tend à fixer, pour 2010, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès aux niveaux suivants :

- 178,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ;

- 155,8 milliards d'euros pour le régime général de sécurité sociale.

Par rapport aux objectifs de dépenses fixés pour l'année 2009, tels que l'article 7 du présent projet de loi tend à les rectifier, ces montants représentent des progressions :

- de 3,16 % pour l'ensemble des régimes ;
- de 3,52 % pour le régime général seul.

Ainsi, les taux de progression de ces deux objectifs sont appelés à décélérer par rapport à l'année précédente, où ils atteignaient respectivement 3,84 % et 4,25 % compte tenu de la révision des objectifs de dépenses que l'article 7 du présent projet de loi tend à opérer. Cette décélération s'explique notamment par une moindre progression de l'ONDAM en 2010 (3,0 %) qu'en 2009 (3,4 %), tel qu'il ressort des articles 8 et 37 du présent projet de loi.

À la suite de demandes répétées de la Cour des comptes, la Direction de la sécurité sociale a modifié les règles comptables qu'elle appliquait pour la présentation des comptes. Ainsi, les montants des objectifs de dépenses de la branche maladie ont été recalculés de façon, notamment, à neutraliser certaines écritures croisées et, à l'inverse, à éviter certaines opérations de contraction de charges et de produits. L'annexe n° 4 au présent projet de loi présente le détail de ces opérations et, pour faciliter la comparaison des montants fixés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avec ceux que propose le présent projet de loi, présente des séries statistiques suivies, dont les résultats sont présentés dans le tableau ci-après.

**Évolution des objectifs de dépenses de la branche maladie,
maternité, invalidité et décès entre 2008 et 2010**

(en milliards d'euros)

Objectifs :	Pour 2008*	Pour 2009		Evolution 2009/2008	Pour 2010***		Evolution 2010/2009	
		objectifs fixés par la LFSS 2009*	objectifs rectifiés par le PLFSS 2010**		objectifs fixés par le PLFSS 2010**			
						exprimés selon la méthode de consolidation en vigueur au moment de la LFSS 2009		exprimés selon la méthode de consolidation en vigueur au moment de la LFSS 2009
Tous régimes	179,3	185,6	173,9	186,2	3,84 %	185,6	192,1	3,16 %
Régime général	155,0	160,6	150,8	161,6	4,25 %	160,7	167,3	3,52 %

Sources : loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 et annexe n° 4 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010

* Montants des objectifs tels que fixés ou rectifiés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

** 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

*

La Commission adopte l'article 36 sans modification.

Article 37

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

Conformément aux dispositions de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociales, le présent article a pour objet de déterminer le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ainsi que sa ventilation en cinq sous-objectifs.

1. Montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2010

Le présent article propose de fixer le montant de l'ONDAM pour 2010 à 162,4 milliards d'euros, soit 4,5 milliards d'euros de plus que le montant de l'ONDAM pour 2009 tel que l'article 8 du présent projet de loi tend à le rectifier (157,9 milliards d'euros).

Toutefois, ces deux montants ne correspondent pas exactement au même champ de dépenses : pour les comparer, il faut tenir compte des modifications apportées au périmètre de l'ONDAM.

En application de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, l'annexe 7 au présent projet de loi *« présente les modifications éventuelles du périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou de la composition des sous-objectifs »* et indique *« l'évolution à structure constante de l'objectif ou des sous-objectifs concernés par les modifications de périmètre »*.

D'après cette annexe, les principales modifications apportées au périmètre de l'ONDAM sont les suivantes :

– l'exclusion du périmètre de l'ONDAM des dépenses de soins des ressortissants étrangers lors de leur séjour en France, qui sont remboursées à l'assurance maladie par les régimes étrangers sur le fondement de conventions internationales. Cette opération se traduit par un débasage de 500 millions d'euros sur l'ONDAM 2010, dont 231 millions d'euros au titre des soins de ville et 248 millions d'euros pour les dépenses hospitalières, ainsi que 12 millions d'euros sur l'ONDAM médico-social ;

– le transfert de 35 millions d'euros de l'ONDAM ambulatoire vers le sous-objectif relatif aux autres prises en charge au titre des soins des assurés français à l'étranger ;

– un transfert de 161 millions d'euros du sous-objectif de l'ONDAM relatif aux établissements de santé tarifés autrement qu'à l'activité, vers le sous-objectif relatif aux établissements tarifés à l'activité, pour tenir compte du passage à la tarification à l'activité des établissements de Guyane ;

– un rebasage de 78 millions d’euros en faveur de l’ONDAM médico-social correspondant, d’une part, à l’intégration dans le champ des dépenses médico-sociales déléguées à la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA) des placements en Belgique d’enfants handicapés français et, d’autre part, à la prise en charge des frais de transports des personnes adultes lourdement handicapées suivies en externat ou semi-externat par les maisons d’accueil spécialisées et les foyers d’accueil médicalisés ;

– un débasage de 150 millions d’euros du sous-objectif relatif de l’ONDAM relatif aux personnes âgées, correspondant à la récupération d’une partie des crédits sous-consommés par la CNSA (*cf.* commentaire de l’article 8) ;

– le transfert entre l’ONDAM ambulatoire et le sous-objectif relatif aux établissements et services pour personnes âgées de 47 millions d’euros correspondant à la réintégration, à titre expérimental, du coût des médicaments dans les forfaits soins de ces établissements ;

– l’intégration dans le champ de l’ONDAM des enveloppes forfaitaires destinées à rémunérer les tâches de coordination au sein des centres de santé, pour 8 millions d’euros.

Les tableaux ci-dessous montrent l’impact de ces changements de périmètre de l’ONDAM.

Changements de périmètre dans l’ONDAM 2010

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
Transfert des médicaments dans le forfait des EHPAD	-47			47			0
Soins des étrangers en France	-231		-248		-12		-491
Passage de la Guyane en T2A		161	-161				0
Soins à l'étranger	-36					36	0
Forfaits option centre de santé	8						8
Rebasage du MIGAC*		25					25
Débasage ONDAM personnes âgées							0
Rebasage ONDAM personnes handicapées					78		78
Rebasage du FIQCS*						50	50
TOTAL ONDAM	-306	186	-409	47	66	86	-330

Source : annexe 7 au projet de loi

Impact des changements de périmètre sur la base 2010

en Md€	Construction		Base à champ 2010
	Base à champ 2009	Transferts	
1) Dépenses de Soins de ville	73,5	-0,306	73,2
Total ONDAM Établissements de santé	69,5	-0,223	69,3
2) Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	50,9	0,186	51,1
3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,7	-0,409	18,2
Total ONDAM Établissements et services médico-sociaux	14,0	0,113	14,1
4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	6,3	0,047	6,3
5) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,7	0,066	7,8
6) Dépenses relatives aux autres prises en charge	0,9	0,086	1,0
ONDAM TOTAL	157,9	-0,330	157,6

Source : annexe 7 au projet de loi

Ainsi, à champ constant, le montant proposé par le présent article pour l'ONDAM correspond à une croissance de 3,0 % par rapport au montant de l'ONDAM pour 2009, tel que rectifié par l'article 8 du présent projet de loi.

Certes, ce taux de progression s'établit ainsi à un niveau légèrement inférieur à la croissance prévisionnelle des dépenses de l'ONDAM en 2009, qui atteindrait 3,4 % selon l'article 8 du projet de loi. Toutefois, votre rapporteur tient à souligner qu'une telle progression, dans un contexte de crise de l'économie nationale et de dégradation sans précédent des finances publiques, témoigne de la priorité accordée par les pouvoirs publics au financement de notre système de santé solidaire.

En outre, compte tenu du taux d'inflation relativement faible anticipé pour 2010 – 1,2 % selon le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2009 –, le taux de progression l'ONDAM proposé pour 2010 permet de dégager d'importantes marges de manœuvre supplémentaires pour répondre aux besoins de santé des Français.

On rappellera également que l'article 28 du projet de loi prévoit que les dépenses induites dans le champ de l'ONDAM par une éventuelle pandémie de grippe A (H1N1) ne seront pas prises en compte dans l'appréciation du respect de l'ONDAM par le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Selon les projections de la CNAMTS, ces dépenses pourraient atteindre 188 à 376 millions d'euros en 2010 pour seul le régime général. Ainsi, sans que ces dépenses soient exclues du périmètre de l'ONDAM, le risque de dépassement de l'ONDAM qu'elles pourraient induire ne conduira pas le comité d'alerte à mettre en œuvre les « stabilisateurs automatiques » prévus par les articles L. 114-4-1 et L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale (cf. le commentaire de l'article 28).

Compte tenu du rythme de croissance spontanée des dépenses du champ de l'ONDAM, évalué à 4,4 % en 2010 par le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2009, respecter l'ONDAM 2010 tel que le présent article le définit suppose de réaliser 2,2 milliards d'euros d'économies. Les principales mesures envisagées à cette fin sont les suivantes :

- poursuivre les actions de maîtrise médicalisée des dépenses, notamment par la mise en œuvre des référentiels de la Haute Autorité de santé (HAS) sur la prise en charge de l'hypertension artérielle, par des campagnes de mise sous accord préalable, par la montée en puissance des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) et par un meilleur contrôle des dépenses d'indemnités journalières ;

- développer la lutte contre la fraude ;

- baisser le prix de certains médicaments et promouvoir certains nouveaux génériques, notamment pour le clopidrogel (équivalent du *Plavix*®) ;

- réduire à 15 % le taux de remboursement de certains médicaments dont le service médical rendu est faible ;

- augmenter le forfait hospitalier.

On peut donc considérer que l'ONDAM proposé pour 2010 constitue un objectif réaliste, ambitieux et équilibré.

2. Ventilation de l'ONDAM pour 2010 entre différents sous-objectifs

L'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale fixe l'ONDAM « *ainsi que ses sous-objectifs* », dont le nombre « *ne peut être inférieur à cinq* ». Il précise que « *la définition des composantes des sous-objectifs est d'initiative gouvernementale* ».

En application de ces dispositions, le projet de loi propose de ventiler l'ONDAM en six sous-objectifs (*cf.* tableau ci-dessous), dont les intitulés n'ont pas changé depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. Cette stabilité facilite le suivi de l'évolution des composantes de l'ONDAM.

Montants et taux d'évolution de l'ondam 2010

en Md€	Construction		Taux d'évolution
	Base 2010	Sous-objectifs	
1) Dépenses de Soins de ville	73,2	75,2	2,8 %
Total ONDAM Établissements de santé	69,3	71,2	2,8 %
2) Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	51,1	52,4	2,7 %
3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,2	18,8	3,0 %
Total ONDAM Établissements et services médico-sociaux	14,1	14,9	5,8 %
4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	6,3	7,0	10,9 %
5) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,8	7,9	1,7 %
6) Dépenses relatives aux autres prises en charge	1,0	1,0	5,0 %
ONDAM TOTAL	157,6	162,4	3,0 %

Source : annexe 7 au projet de loi

Cette ventilation correspond à une croissance des dépenses de soins répartie de façon équilibrée entre les soins de ville et les soins hospitaliers, et à un effort de financement des établissements et services médico-sociaux.

• *Des objectifs de dépenses équilibrés entre la ville et l'hôpital*

Le sous-objectif relatif aux dépenses de soins de ville – souvent appelé « ONDAM ambulatoire » – atteint 75,2 milliards d'euros, tandis que les deux sous-objectifs de dépenses relatifs aux établissements de santé, concernant pour l'un les établissements tarifés à l'activité et pour l'autre ceux qui ne le sont pas, sont fixés respectivement à 52,4 et à 18,8 milliards d'euros. Ces deux sous-objectifs constituent ce qu'il est convenu d'appeler l'« ONDAM hospitalier ».

Ces montants correspondent à un taux de progression identique pour l'ONDAM ambulatoire et l'ONDAM hospitalier : + 2,8 % à structure constante.

Au sein de l'ONDAM hospitalier, le sous-objectif de dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité augmente de 2,7 %, tandis que le sous-objectif de dépenses relatives aux autres établissements de santé est stable, en progression de 3 %.

Lors des auditions auxquelles il a procédé, votre rapporteur a pu constater combien les acteurs du système de santé sont attachés à une croissance équilibrée entre l'ONDAM ambulatoire et l'ONDAM hospitalier, comme cela avait déjà été prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. En effet, son article 71 avait déjà réparti l'ONDAM 2009 de façon à ce que le taux de croissance des dépenses de soins de ville soit le même que celui des dépenses de soins hospitaliers : + 3,1 %.

Votre rapporteur se félicite que dans un contexte financier particulièrement contraint, le projet de loi maintienne des objectifs de croissance équilibrés entre la ville et l'hôpital.

• *Un effort soutenu en faveur du financement des établissements et services médico-sociaux*

Deux des sous-objectifs de dépenses de l'ONDAM, souvent désignées comme l'« ONDAM médico-social », concernent des dépenses bénéficiant au secteur médico-social :

– le premier consiste en une contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées, dont il est proposé de fixer le montant à 7 milliards d'euros, ce qui représente une croissance de 700 millions d'euros, soit 10,9 % à champ constant, par rapport à son montant pour 2009 tel que rectifié par l'article 8 ;

– le second est constitué par une contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées, que le présent article tend à établir à 7,9 milliards d'euros, ce qui correspond à une progression de 200 millions d'euros, soit 1,7 %, par rapport à son montant pour 2009 tel que révisé par le projet de loi.

Ces contributions sont versées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Elles constituent des enveloppes fermées, qui ne sont susceptibles d'aucun dépassement.

Selon l'annexe 7 au projet de loi, les 818 millions d'euros supplémentaires que l'assurance maladie apportera à la CNSA en 2010 permettront de mettre en œuvre le plan « solidarité grand âge », le plan « handicap » et le plan Alzheimer 2008-2012, pour son volet médico-social.

• *Les dépenses relatives aux autres modes de prise en charge connaîtront une croissance modérée*

Le dernier sous-objectif de dépenses, intitulé « autres prises en charge », voit son montant fixé à 1 milliard d'euros, ce qui représente une croissance de 5 % à périmètre constant. Il rassemble trois principaux types de dépenses.

Il retrace notamment les dépenses de remboursement des soins reçus par les Français à l'étranger, dont l'annexe 7 prévoit qu'elles augmentent de 5 % en 2010.

Ce sous-objectif regroupe aussi les dépenses de financement des établissements, structures et associations spécialisés en addictologie ou intervenant dans la prise en charge des malades en situation de précarité. Il s'agit de fonds bénéficiant au secteur médico-social, mais placés hors des deux sous-objectifs de l'ONDAM médico-social, parce qu'ils ne sont pas délégués à la

CNSA mais répartis 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. Ces dotations financent ainsi les centres de cure ambulatoire en alcoologie, les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, les appartements de coordination thérapeutique, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue et les lits halte soins santé.

Selon l'annexe 7 précitée, les crédits consacrés à ces structures augmenteraient de 12 % en 2010.

Enfin, le sous-objectif relatif aux autres modes de prise en charge comprend la dotation de l'assurance maladie au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville (FIQCS), dont l'article 35 du projet de loi fixe le montant à 228 millions d'euros (*cf.*, pour une présentation détaillée des missions de ce fonds, le commentaire de l'article 6).

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 50 de M. Jean-Luc Prél, tendant à supprimer l'article 37.

M. Jean-Luc Prél. La suppression de cet article permettrait d'assurer la conformité de la loi de financement de la sécurité sociale avec l'esprit de la loi dite « HPST », qui a créé les agences régionales de santé, palliant ainsi la séparation entre prévention et soin ou entre médecine de ville et hôpital. Au lieu de maintenir des sous-objectifs fléchés pour les soins de ville, les établissements de santé et le secteur médico-social, il conviendrait plutôt que chaque ARS se voie confier une enveloppe régionale. L'amendement AS 51 est conçu dans le même esprit.

M. le président Pierre Méhaignerie. Vous n'êtes pas seul à penser que des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie vaudraient mieux que des enveloppes décidées de Paris. Ce mécanisme, qui correspondrait bien au principe des agences régionales, serait responsabilisant et permettrait de réguler l'ONDAM et de réduire les inégalités, tout en accroissant la souplesse et les marges d'action des ARS. Malheureusement, l'ONDAM et les sous-objectifs ayant été créés par une loi organique, seule une loi organique peut modifier ce dispositif. Le même raisonnement vaut pour l'amendement AS 51.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Ne pas voter l'article 37 reviendrait par ailleurs à refuser un ONDAM ambitieux, correspondant à une croissance de 3 % de ces dépenses, c'est-à-dire à rejeter le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 lui-même. Avis défavorable donc.

La Commission rejette cet amendement, puis, après avis défavorable du rapporteur, elle rejette également l'amendement AS 51 du même auteur.

Elle adopte l'article 37 sans modification.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles

Article 42

Dispositions d'incitation financière en matière de tarification des accidents du travail

L'article 42 a pour objet d'instaurer un système de « bonus-malus » pour inciter davantage les entreprises à s'engager dans une démarche de prévention des accidents du travail, en renforçant l'efficacité ou en généralisant les dispositions d'incitation financière existantes.

1. Le dispositif existant des incitations financières mérite d'être amélioré

a) Les différentes incitations existantes

En dehors du dispositif *stricto sensu* de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui poursuit également une visée d'incitation à la prévention, dont le caractère insuffisant a pu être critiqué par des rapports récents ⁽¹⁾ et qui devrait prochainement être réformé par des mesures qui relèvent du pouvoir réglementaire, il existe parallèlement toute une gamme d'incitations financières, visant à ce que les entreprises améliorent la sécurité au travail.

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, qui se substitueront aux caisses régionales d'assurance maladie le 1^{er} janvier 2010 en vertu de la loi dite « HPST », peuvent, en effet, accorder des « ristournes » soit sur la cotisation « accidents du travail / maladies professionnelles » soit sur la majoration forfaitaire « accident de trajet » pour tenir compte des mesures de prévention qui ont été prises. Elles peuvent également imposer des cotisations supplémentaires, pour tenir compte des risques exceptionnels présentés par l'activité de l'établissement ou accorder des avances aux entreprises.

● *La réduction de la cotisation accidents du travail ou « ristourne »*

Les caisses peuvent accorder des ristournes aux établissements qui ont accompli un effort soutenu de prévention et pris des mesures susceptibles de diminuer la fréquence et la gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles.

(1) Réformer la tarification pour inciter à la prévention », Rapport du groupe d'appui aux partenaires sociaux, Pierre-Louis Bras, Inspection générale des affaires sociales, septembre 2007.

Pour pouvoir en bénéficier, ils doivent être à jour de leurs cotisations et les avoir acquittées régulièrement au cours des douze mois précédant la décision d'attribution de la ristourne.

Le pourcentage de la réduction de taux est plafonné (pour les établissements soumis au taux collectif : 25 % du taux de la cotisation ; pour les établissements soumis au taux mixte : 25 % sur la fraction du taux collectif entrant dans le calcul du taux net).

- *La réduction de la majoration forfaitaire « accidents du trajet »*

Une réduction de la majoration forfaitaire « accident du trajet » peut être accordée aux établissements qui ont pris des mesures susceptibles de diminuer la fréquence et la gravité des accidents du trajet. La situation globale de l'entreprise en matière de prévention des risques professionnels est toutefois prise en compte pour l'attribution de cette réduction. Une entreprise qui aurait fait des efforts de prévention en matière d'accident de trajet, mais aurait négligé la prévention des risques d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ne pourrait obtenir une réduction « accident du trajet ».

La ristourne, accordée sous la forme d'une réduction du taux net de la cotisation, est encadrée. Elle ne peut être inférieure à 25 % de la majoration forfaitaire « accident du trajet », ni supérieure à 87,7 % de la majoration forfaitaire « accident du trajet ».

- *Les cotisations supplémentaires*

L'article L. 242-7 de la sécurité sociale dispose que les caisses régionales d'assurance maladie peuvent imposer aux entreprises des cotisations supplémentaires, lorsque l'exploitation présente des risques exceptionnels révélés notamment par une infraction aux règles d'hygiène et de sécurité ou lorsqu'elle n'observe pas les mesures de prévention édictées par les caisses.

Les conditions dans lesquelles ces cotisations supplémentaires peuvent être imposées sont aujourd'hui fixées par l'arrêté interministériel du 16 septembre 1977⁽¹⁾ relatif à l'attribution de ristournes sur la cotisation ou imposition de cotisations supplémentaires en matière d'accident du travail et de maladies professionnelles.

L'article L. 424-4 du code de la sécurité sociale dispose qu'en dehors du cas d'infraction constatée en application de l'article L. 8113-7 du code du travail, c'est-à-dire constatée par des procès-verbaux d'inspecteurs du travail, de contrôleurs du travail ou de fonctionnaires de contrôle assimilés, l'imposition d'une cotisation supplémentaire par les caisses régionales d'assurance maladie

(1) Modifié par les arrêtés en date du 25 février 1985, du 25 juillet 1990, du 20 mai 1994 et du 29 décembre 1995.

nécessite l'envoi préalable d'une injonction l'invitant à prendre toutes les mesures justifiées de prévention.

La procédure d'injonction
(article 10 de l'arrêté interministériel du 16 septembre 1977)

L'injonction est faite après enquête sur place du service prévention, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Elle doit indiquer avec précision les mesures à prendre par l'employeur, les possibilités techniques de réalisation, fixer le délai d'exécution et mentionner qu'à l'expiration de ce délai, l'employeur est passible d'une cotisation supplémentaire. L'injonction doit également faire mention de la faculté pour l'employeur d'introduire un recours devant le directeur régional du travail. Après exécution complète des mesures prescrites l'employeur est tenu d'en aviser, par lettre recommandée, la caisse régionale qui peut faire procéder à la vérification.

L'article L. 422-4 du code de la sécurité sociale prévoit que la procédure d'injonction n'est pas nécessaire pour imposer des cotisations supplémentaires dans deux cas de figure :

– lors de l'imposition de cotisations supplémentaires découlant de la méconnaissance de dispositions générales étendues dans les conditions prévues à l'article L. 422-1 du même code, c'est-à-dire lorsque, sur l'initiative des comités techniques nationaux, la CNAMTS a provoqué l'extension, par arrêté interministériel, à l'ensemble du territoire des mesures de prévention édictées par une caisse régionale ;

– en cas d'imposition d'une cotisation supplémentaire plus élevée pour récidive dans un délai de trois ans, ou pour persistance, après expiration du délai imparti pour y remédier, de la situation qui a donné lieu à l'imposition de la cotisation supplémentaire.

Dans ces cas, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception est envoyée à l'employeur pour l'informer des raisons pour lesquelles il est passible d'une cotisation supplémentaire.

Aux termes de l'article 9 de l'arrêté interministériel du 16 septembre 1977 précité, la cotisation supplémentaire est due à partir de la date à laquelle ont été constatés les risques exceptionnels. La cotisation supplémentaire prend fin à la date de cessation de l'exposition au risque, indiqué par l'envoi d'une lettre recommandée par le chef de l'entreprise, et constatée par le service de prévention de la caisse régionale.

Son montant ne peut dépasser 25 % de la cotisation normale, mais il peut toutefois être doublé sans injonction préalable, en cas de récidive dans un délai de 3 ans ou en cas de non-réalisation de l'une des mesures prescrites par la caisse dans un délai de 6 mois à compter du 1^{er} jour d'application de la cotisation supplémentaire.

Lorsqu'un employeur persiste à ne pas prendre les mesures prescrites dans un délai de 6 mois à dater de l'expiration du premier délai de 6 mois, la caisse régionale peut porter la cotisation supplémentaire à 2 fois la cotisation normale.

L'injonction étant maintenue, la situation de l'entreprise est examinée par le comité technique régional, la décision d'imposer une cotisation supplémentaire et son taux étant débattue par les partenaires sociaux, dans la limite maximale des 25 % prévus, puis des 50 % et 200 % en cas de récidive.

Le conseil d'administration de la caisse, ou par délégation la commission de prévention, décide alors de suivre cet avis ou de le modifier.

Statistiques sur les cotisations supplémentaires

En 2007, 965 injonctions ont donné lieu à 419 majorations (45 %), et 740 cotisations supplémentaires étaient appliquées.

Majorations année 2007

<i>Tranche de majoration en €</i>	<i>Nombre d'établissements</i>		<i>Montant de la majoration sur l'année 2007</i>		<i>Montants moyens</i>
<i>moins de 1 000 €</i>	337	46 %	131 486	4 %	390
<i>de 1 001 € à 10 000 €</i>	329	44 %	1 190 913	33 %	3 620
<i>plus de 10 000 €</i>	74	10 %	2 235 348	63 %	30 207
Total	740	100 %	3 557 747	100 %	4 808

En 2007, parmi les 321 majorations arrêtées ;

- 10% des majorations ont eu une durée inférieure à 3 mois ;*
- 30% des majorations ont eu une durée inférieure à 6 mois ;*
- 50% des majorations ont eu une durée inférieure à 1 an ;*
- 10% des majorations ont eu une durée supérieure à 6 ans.*

En 2008, 1 039 injonctions ont été prononcées pour 55 000 établissements visités.

Le dispositif d'injonction n'est pas souvent mis en œuvre mais il est efficace par sa capacité à obtenir une suppression du risque (les injonctions non suivies de majoration représentent plus de la moitié des cas, et 50 % des risques résiduels sont traités en moins d'un an).

Le montant de la majoration annuelle représente moins de 1 000 € pour près de la moitié des établissements, et seuls 10 % des établissements ont une cotisation supplémentaire supérieure à 10 000 € par an.

Source : Direction du risque professionnel (DRP).

● *Les avances*

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail peuvent également accorder des avances aux entreprises selon des procédures différentes.

– *Les avances à taux réduits*

L'article R. 422-7 du code de la sécurité sociale dispose que « *la caisse régionale d'assurance maladie peut, dans les conditions et les limites fixées par la caisse nationale, consentir aux entreprises des avances à taux réduit en vue de leur faciliter la réalisation d'aménagements destinés à assurer une meilleure protection des travailleurs* ».

Il semble toutefois que ces avances à taux réduits ne soient plus utilisées depuis plusieurs années.

– *Les avances dans le cadre des conventions nationales d'objectifs et des contrats de prévention*

Les caisses peuvent également accorder des avances aux entreprises qui souscrivent aux conditions d'une convention (nationale ou régionale) d'objectif préalablement approuvée par la CNAMTS, qui fixe les priorités de prévention spécifique à la branche d'activité dont elle relève. Les avances, qui restent acquises à l'entreprise et sont transformées en subvention si l'entreprise a tenu l'ensemble de ses engagements, représentent en moyenne entre 15 et 70 % de l'investissement réalisé.

Les entreprises s'engagent dans la mise en œuvre d'un programme de prévention sur la base d'un contrat de prévention conclu avec une caisse. Ces contrats, créés par la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social et désormais codifiés à l'article L. 422-5 du code de la sécurité sociale, définissent les objectifs et les moyens sur lesquels l'entreprise s'engage et les aides que la caisse apporte.

L'objectif est d'aider les petites et moyennes entreprises à investir dans la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail.

Le contrat de prévention est le dispositif d'incitation financière le plus utilisé par les services de prévention des caisses. 23 822 contrats ont ainsi été signés en 20 ans (1988-2007) pour une aide de 675 millions d'euros. Avec un taux moyen d'aide de 23,4 %, les entreprises aidées ont investi 2,88 milliards d'euros dans l'amélioration des conditions de travail.

– *Le dispositif expérimental d'aides financières simplifiées*

En réponse aux orientations exprimées par les partenaires sociaux lors de la conférence tripartite sur l'amélioration des conditions de travail d'octobre 2007 qui préconisaient la mise en œuvre d'un dispositif d'aides financières au développement de la prévention des risques professionnels adaptés aux TPE/PME, la CNAMTS a mis en œuvre en 2008 un dispositif expérimental au niveau des caisses régionales, prévoyant des aides financières simplifiées pour les entreprises de moins de 50 salariés, sur la base de l'article R. 422-8 du code de la sécurité sociale qui permet aux caisses d'accorder des subventions aux entreprises dans un cadre expérimental.

Article R. 422-8 du code de la sécurité sociale

« La caisse régionale d'assurance maladie, en vue de réaliser, à titre d'expérience et sous son contrôle, certaines mesures de protection et de prévention, peut conclure avec des entreprises des conventions comportant une participation au financement de ces mesures. Cette participation peut prendre la forme soit d'avances remboursables, soit de subventions, soit d'avances susceptibles, suivant les résultats obtenus, d'être transformées, en tout ou en partie, en subventions ».

Il s'agit d'un nouveau dispositif d'aides financières (subventions directes et remboursement sur facture) à destination des entreprises de moins de 50 salariés, et plus particulièrement des établissements de moins de 20 salariés. Les aides représentent entre 15 et 70 % de l'investissement réalisé et sont plafonnées à 25 000 €, pour un minimum de 1 000 € par entreprise.

Les aides financières simplifiées sont des dispositifs souples et à durée limitée, permettant d'orienter les investissements des entreprises sur les priorités de prévention dans leur activité. Les caisses ont la possibilité de développer leurs propres aides, en fonction de leurs priorités régionales, ou d'utiliser les aides définies par la CNAMTS.

L'objectif est d'aider ces petites et moyennes entreprises à investir dans la mise en place de mesures de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

80 contrats simplifiés ont ainsi été signés en 2008 et 120 au premier semestre 2009, ces derniers portant principalement sur l'aide à l'acquisition d'équipements contre les chutes de hauteur (43, soit 36 %), sur la formation à la prévention et à l'appréhension des risques professionnels (17, soit 14 %) et sur l'aide à l'acquisition d'équipement pour la manutention manuelle (13, soit 11 %).

Ce dispositif est pour l'instant limité à quelques caisses régionales, le cadre restant expérimental (depuis le deuxième semestre 2008) et sous le contrôle de ces caisses. Mais le rythme de développement des aides simplifiées indique que celles-ci devraient dépasser rapidement le nombre de dossiers traités dans le cadre des ristournes, pour devenir en 2010 le deuxième outil d'incitations financières.

b) Les limites actuelles des incitations financières

On constate aujourd'hui qu'à l'exception du dispositif expérimental des aides financières simplifiées, les dispositifs d'incitation financière sont soit assez peu efficaces, soit peu ou mal utilisés.

• *Les cotisations supplémentaires*

Si les cotisations supplémentaires sont un outil qui favorise une accélération de la mise en œuvre des mesures de prévention dans les entreprises, notamment pour les dangers graves et imminents, dans la mesure où il lie le risque et les conseils de prévention pour le maîtriser et où il ne s'éteint que quand les

mesures de prévention ont été prises, le dispositif présente néanmoins certaines limites.

Ainsi, la majoration de cotisation dure tant que l'injonction n'est pas levée, c'est-à-dire tant que l'entreprise n'a pas apporté la preuve de la réalisation de la mesure de prévention du risque. Mais le risque peut aussi disparaître avec l'arrêt du chantier (souvent de courte durée pour certaines activités du BTP), en ce cas la majoration de cotisation n'est plus maintenue.

Par ailleurs, la répétition du même risque sur les différents chantiers ou établissements d'une même entreprise, nécessite aujourd'hui d'avoir à le constater au cas par cas (répétition d'injonctions), alors même que l'entreprise est informée du risque par la première injonction. En effet, la récidive ne s'applique pas aux autres établissements d'une même entreprise qui génèrent le même risque, avec la même absence de mesure de prévention, mais qui n'ont pas encore eu d'injonction.

L'entreprise peut ainsi parfaitement exécuter les mesures prescrites dans le délai prescrit sur l'établissement qui a fait l'objet d'une injonction, mais ne pas pérenniser, ou ne pas appliquer ces mesures dans d'autres établissements ou de nouveaux chantiers, le même équipement pouvant être déménagé d'un chantier à l'autre en fonction du passage des organismes de contrôle, dans le délai donné dans la nouvelle injonction (injonctions dites « essuie-glace »).

La récidive s'applique, en effet, à des établissements qui ont déjà fait l'objet d'une majoration pour l'absence des mêmes mesures de prévention à nouveau constatées, et ce dans un délai de 3 ans. Elle s'applique à des établissements qui ont pu avoir eu un arrêt de majoration de cotisation, soit en raison de la mise en place de la mesure, soit en raison de l'arrêt de chantier, ou qui continuent de subir la majoration, car les mesures n'ont pas été prises. Elle ne s'applique pas en revanche à un établissement qui a eu une injonction, mais qui n'a pas eu d'augmentation de majoration. Ainsi, pour les chantiers de très courte durée pour lesquels le temps de la procédure de majoration est supérieur à celle du chantier concerné, ou lorsque des mesures de prévention sont mises en place de façon très temporaire, l'établissement échappe de façon systématique à la majoration de cotisation (cas par exemple pour le risque mortel de chute de hauteur, pour les couvreurs en maison individuelle, les antennistes ou les nettoyeurs en hauteur).

De plus, en l'absence de majoration minimale « plancher », on constate également des difficultés de recouvrement des cotisations par les URSSAF pour des majorations courant sur quelques jours.

Enfin, les cotisations supplémentaires sont souvent trop faibles pour être incitatives.

• *Les avances*

De la même façon, les avances dans le cadre des conventions nationales d'objectifs et des contrats de prévention sont un dispositif dont la lourdeur et la longueur peuvent être critiquées, qui est peu adapté pour les très petites entreprises (moins de cinq salariés) et peu utilisé pour des objectifs organisationnels.

Face à ces diverses critiques relatives aux dispositifs existants d'incitations financières, les partenaires sociaux ont souligné, dans l'accord du 12 mars 2007 sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels, la nécessité de « *mieux les appliquer* ».

Par ailleurs, le principe d'une rénovation de ces dispositifs d'incitation en vue de renforcer leur efficacité a été inscrit dans la convention d'objectifs et de gestion de la branche accidents du travail/maladies professionnelles (AT-MP) pour 2009-2012.

L'enjeu est d'autant plus important que la littérature scientifique internationale tend à démontrer que les systèmes de bonus-malus sont efficaces pour inciter les entreprises à améliorer la sécurité au travail.

Deux études, la revue de littérature faite par *Tompa, Travithick et McLeod* (2004) de l'Institut de recherche sur le travail et la santé de l'Ontario (Canada), ainsi que le rapport commandé par le *Health and safety executive* au cabinet Greenstreet Berman Ltd sur une réforme du système britannique d'indemnisation des AT-MP⁽¹⁾, ont ainsi procédé à une revue de la littérature scientifique internationale concernant l'évaluation de l'efficacité des systèmes d'« *experience rating* » modulant les cotisations AT-MP en fonction des performances des entreprises en matière de santé et de sécurité au travail.

La première conclut qu'il y a « *des preuves modérées* », selon lesquelles « *le niveau d'experience rating (le degré selon lequel les cotisations d'une entreprise dépendent de son taux d'accidents) amène une réduction du nombre et/ou de la gravité des accidents du travail* ». La seconde estime que l'experience rating « *peut influencer significativement la gestion de la santé et de la sécurité au travail* » à plusieurs conditions, notamment : le coût de l'assurance AT-MP doit être non négligeable, les cotisations doivent varier fortement en fonction des performances santé-sécurité des entreprises, la prise en compte de la performance dans la cotisation doit se faire dans un délai rapproché.

2. Les nouvelles dispositions d'incitation financières proposées

Les deux mesures proposées par le projet de loi ont fait l'objet d'une concertation et ont été présentées aux partenaires sociaux lors de deux séminaires organisés par la CNAMTS le 1^{er} juillet 2009 et le 9 septembre 2009.

(1) Rapport qui se base lui-même sur plusieurs revues de littératures (*Boden, 1995 ; Kralj, 2000 ; Hyatt et Thomason, 1998*)

a) L'amélioration de l'efficacité des cotisations supplémentaires

Le dispositif des cotisations supplémentaires prévu par la loi n'étant pas assez dissuasif pour les entreprises, le projet de loi le renforce en modifiant les articles L. 242-7 et L. 422-4 du code de la sécurité sociale, qui prévoient ses conditions de mise en œuvre.

• Fixation d'un montant minimal pour les cotisations supplémentaires

Le 1^o de l'article 42 complète le deuxième alinéa de l'article L. 242-7 afin de prévoir désormais la fixation d'un montant minimal pour les cotisations supplémentaires.

Comme on l'a vu *supra*, les conditions générales dans lesquelles ces cotisations supplémentaires peuvent être imposées sont aujourd'hui fixées par l'arrêté interministériel du 16 septembre 1977, qui ne prévoit pas de montant plancher pour la cotisation supplémentaire. La modification proposée par le 1^o vise à prévoir qu'un arrêté déterminera désormais le taux, la durée pendant laquelle elle est due et surtout le montant forfaitaire minimal de la cotisation supplémentaire.

L'expérience a, en effet, montré que ces cotisations supplémentaires conduisent souvent à des montants financiers très faibles, et donc non incitatifs, puisqu'elles sont calculées en fonction de la durée pendant laquelle les risques exceptionnels ont été constatés. En prévoyant un plancher minimal de cotisation supplémentaire, il s'agit de rendre ces cotisations supplémentaires réellement dissuasives.

La mise en place d'un montant plancher devrait contribuer à accroître l'efficacité des mesures de prévention, l'objectif étant, d'après le ministère du travail, de parvenir à ce que, dans 100 % des cas, l'injonction soit suivie d'une mise en œuvre, contre 50 % des cas seulement actuellement.

• Nouveau cas de dispense d'injonction préalable en cas d'imposition d'une cotisation supplémentaire

Le 2^o de l'article 42 introduit un nouveau cas de dispense d'injonction préalable lors d'une imposition de cotisation supplémentaire.

Comme indiqué ci-dessus, l'article L. 424-4 du code de la sécurité sociale dispose que l'imposition d'une cotisation supplémentaire par les caisses régionales d'assurance maladie nécessite, sauf dans deux cas, l'envoi préalable d'une injonction devant indiquer les mesures de prévention à exécuter et le délai pour les réaliser et indiquer les voies et délais de recours devant le directeur régional du travail.

Afin de renforcer l'efficacité du dispositif, le 2^o de l'article 42 ouvre une nouvelle possibilité d'imposer une cotisation supplémentaire sans recourir à la

procédure lourde de l'injonction préalable, dès lors qu'une première injonction aura déjà été adressée à cet établissement ou à un autre établissement appartenant à la même entreprise pour des situations particulièrement graves de risque exceptionnel.

Ces situations de risque exceptionnel seront définies par voie réglementaire, l'exposé des motifs précisant qu'il s'agira d'un arrêté, soumis à l'avis de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et de la CNAMTS, qui consultera également les comités techniques nationaux mentionnés à l'article L. 422-1 du code de la sécurité sociale.

b) La généralisation de l'octroi d'aides financières simplifiées

Le 3^o de l'article 42 vise à donner une base législative à l'octroi par les caisses de retraite et de santé au travail d'aides financières simplifiées, sous forme de subventions directes aux petites entreprises dans le cadre d'enveloppes limitatives.

Il s'agit de tirer les conséquences d'un dispositif expérimental qui a, on l'a vu, fait ses preuves. La réussite du dispositif tient au fait que ces aides financières en faveur des entreprises qui réalisent des actions de prévention sont simples à mettre en œuvre pour être adaptées au public des plus petites d'entre elles. Elles prennent en effet la forme de subventions directes, à la différence des contrats de prévention classiques, qui passent préalablement par des avances financières et nécessitent surtout la signature de conventions nationales d'objectif.

Afin de généraliser l'octroi de subventions, le 3^o complète ainsi l'article L. 422-5 du code de la sécurité sociale relatif aux avances pour y ajouter un alinéa relatif aux subventions.

Les entreprises qui seront éligibles aux programmes nationaux de prévention définis par la CNAMTS ou aux programmes locaux définis par une caisse régionale d'assurance maladie, pourront se voir accorder des subventions par une caisse régionale, dans des conditions qui seront précisées par arrêté. Ces programmes nationaux ou locaux sont définis après avis des comités techniques mentionnés aux articles L. 422-1 et L. 215-4, c'est-à-dire les comités techniques nationaux et les comités techniques régionaux.

Le rôle de ces comités techniques est essentiel en matière de prévention. Ainsi, outre leur rôle dans l'élaboration de la tarification, les neuf comités nationaux, composés à parts égales de représentants des employeurs et des salariés et constitués par activité, assistent la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles 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. De la même façon, les comités régionaux, également paritaires, 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.

Les programmes élaborés après avis des comités devront préciser les risques qu'ils ont pour objectif de prévenir, les catégories d'entreprises éligibles et les sommes susceptibles d'être allouées en subvention.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 128 de Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. Cet amendement vise à engager une réforme de la tarification s'agissant des accidents du travail, avec une véritable logique de bonus-malus car le dispositif existant n'incite pas suffisamment les entreprises à mettre en place des procédures protectrices.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. Il n'est pas opportun, en effet, de modifier par voie législative, sans tenir compte des avancées réalisées par les partenaires sociaux, la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. La prise en compte de nouvelles règles renforçant l'incitation à la prévention par le biais de la tarification sera par ailleurs effective en 2012 pour les accidents reconnus en 2010, le plein effet de la réforme étant quant à lui prévu en 2014.

La Commission rejette l'amendement AS 128.

La Commission examine ensuite deux amendements AS 168 de M. Roland Muzeau et AS 233 de M. Dominique Tian pouvant être soumis à une discussion commune.

Mme Jacqueline Fraysse. S'il est certes positif de mieux inciter financièrement les entreprises à s'engager dans une démarche de prévention, le dispositif envisagé ne corrige qu'à la marge le système de bonus-malus de majoration de cotisations, de ristournes et de subvention des contrats de prévention. Cet amendement propose donc de rendre les sanctions dissuasives en renforçant leur automaticité en cas de risques exceptionnels ou répétés dans un établissement mais, également, lorsque l'entreprise entrave la procédure de déclaration de reconnaissance des accidents du travail ou des maladies professionnelles (AT-MP).

M. Dominique Tian. Je retire l'amendement AS 233.

L'amendement AS 233 est retiré.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable à l'amendement défendu par Jacqueline Fraysse. En effet, le 1° bis fait référence à une « infraction aux règles d'hygiène, de santé et de sécurité au travail », formulation plus restrictive que celle du texte, il restreint les possibilités d'imposer des cotisations supplémentaires. Enfin, les sanctions pour entrave à la procédure de déclaration de reconnaissance et d'imputabilité des AT-MP existent déjà.

La Commission rejette l'amendement AS 168.

Elle examine ensuite l'amendement AS 169 de M. Roland Muzeau.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement vise à associer les comités d'hygiène et de sécurité des conditions de travail à la définition des programmes nationaux ou locaux ouvrant droit à des aides financières directes aux entreprises qui réalisent des actions de prévention.

M. le rapporteur. Avis défavorable, les programmes nationaux et locaux comprenant déjà l'avis des comités techniques nationaux et régionaux, où les salariés sont représentés. Néanmoins, les comités d'hygiène pourraient être informés des subventions qui sont accordées.

La Commission rejette l'amendement AS 169.

Elle adopte l'article 42 sans modification.

*

Après l'article 42

La Commission est saisie de l'amendement AS 171 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, chargée d'inciter à la protection de la santé, de la sécurité au travail et au maintien dans l'emploi des victimes d'exposition aux risques professionnels, doit être majoritairement gérée par ceux qui la financent par leur travail.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cet amendement remettrait en cause le principe du paritarisme qui s'applique au sein de la commission. Avis défavorable.

La Commission rejette cet amendement.

La Commission examine l'amendement AS 235 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. L'ajout de la mention « imprévisible et soudain », qui figurait auparavant dans le code de la sécurité sociale et en a disparu, apporterait davantage de précision dans la définition de l'accident du travail.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La rédaction que vous proposez serait plus restrictive que celle de l'article L. 411-1 du code de la sécurité sociale en vigueur actuellement qui dispose que 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 quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chef d'entreprise ».

La Commission rejette cet amendement.

La Commission en vient à l'amendement AS 179 de M. Roland Muzeau.

Mme Jacqueline Fraysse. Il s'agit de lutter contre le phénomène massif de sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, en créant, dans chaque caisse régionale d'assurance maladie, une cellule d'aide et de conseil aux victimes.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. La convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 pour la branche AT-MP prévoit déjà – il s'agit de son programme 8 – une offre de service individualisée aux victimes consistant à concevoir et déployer dans le réseau une offre de services pour accompagner les personnes susceptibles de bénéficier de ses prestations.

La Commission rejette cet amendement.

La Commission est saisie de l'amendement AS 133 de Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. Il s'agit de supprimer l'inégalité de traitement existant *de facto* entre les victimes d'accidents du travail et les victimes de maladies professionnelles. Ces dernières sont souvent prises en charge tardivement, alors que le législateur, en fixant un autre point de départ, avait seulement pour volonté de régler un problème de prescription.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je suis incapable de vous répondre aujourd'hui sur les conséquences de cet amendement. Cela mérite une analyse approfondie. Je vous demande donc de bien vouloir redéposer votre amendement pour la séance publique, en sorte que nous puissions avoir les éclaircissements nécessaires auprès du ministère de la santé

Mme Marisol Touraine. D'accord.

Cet amendement est retiré.

La Commission examine l'amendement AS 180 de M. Roland Muzeau.

Mme Jacqueline Fraysse. Pour faciliter la reconnaissance des maladies professionnelles et la surveillance post-professionnelle, nous souhaitons rendre effective l'obligation faite à l'employeur de remettre l'attestation d'exposition en sanctionnant sa méconnaissance.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cet amendement a déjà été déposé et repoussé dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Il semble que l'amende déjà prévue en cas de défaut de remise au salarié de

son attestation d'exposition aux risques chimiques et produits dangereux soit suffisamment dissuasive et qu'il ne soit pas nécessaire d'y ajouter une peine de prison.

La Commission rejette cet amendement.

La Commission en vient à l'amendement AS 172 de M. Roland Muzeau.

Mme Jacqueline Fraysse. Eu égard aux importantes inégalités d'accès au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, sa refonte complète semble nécessaire. Dans cette attente, nous proposons d'assouplir les modalités d'inscription des établissements sur les listes.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Nul ne conteste que le système des listes d'établissements est insatisfaisant. Plutôt que d'assouplir les modalités d'inscription des établissements sur les listes, il conviendrait plutôt d'explorer d'autres pistes, en particulier celle que Guy Lefrand propose dans un amendement que nous allons bientôt examiner et qui combine une liste de secteurs d'activité et une liste de métiers à risque. J'émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

M. Guy Lefrand. Les listes d'établissements sont en effet très inégalitaires. Je vous proposerai, en effet, un amendement tendant à croiser les listes de métiers et les secteurs d'activité, comme le demandent le ministère de la santé et les associations.

La Commission rejette cet amendement.

La Commission est saisie de l'amendement AS 170 de M. Roland Muzeau.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous demandons la création, au sein de chaque caisse régionale d'assurance maladie, d'un registre des salariés ayant été exposés à l'amiante et que les modalités de surveillance médicale des personnes exposées ou ayant été exposées à l'amiante soient mieux définies.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Deux bases de données permettant de suivre les salariés ayant été exposés à l'amiante existent déjà : le registre national des mesothéliomes, tenu par l'Institut de veille sanitaire et la base « EVALUTIL » qui regroupe les informations disponibles sur les niveaux d'exposition en fonction des situations de travail. Quant au suivi des patients qui ne sont plus en activité, il est organisé à l'article D 461-25 du code de la sécurité sociale relatif au suivi post-professionnel des salariés ayant été exposés à des agents cancérogènes.

M. Patrick Roy. Il a manifestement échappé à M. le rapporteur que le suivi post-professionnel des victimes de l'amiante est dramatiquement insuffisant. Nous avons pu vérifier, durant ces derniers mois, que le dispositif actuel doit être amélioré. L'adoption de cet amendement ne réglerait pas le problème, mais constituerait une petite avancée.

M. Guy Lefrand. Les caisses régionales ne savent pas d'emblée qui a été exposé à de la poussière d'amiante ; elles ne sont donc pas les mieux placées pour assurer la traçabilité des certificats et des fiches d'exposition.

De plus, les conférences de consensus évoquées dans l'exposé des motifs ont été abandonnées depuis quelques années, au profit de référentiels de bonnes pratiques et autres auditions publiques.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je vous rappelle que j'ai été à l'origine, l'an dernier, de la création de la mission d'information présidée par Patrick Roy et dont Guy Lefrand est le rapporteur. Le dépôt du rapport a été reporté à cause de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale. En attendant d'en prendre connaissance, je maintiens mon avis défavorable.

La Commission rejette cet amendement.

La Commission examine l'amendement AS 174 de M. Roland Muzeau.

Mme Jacqueline Fraysse. Le montant de l'allocation de préretraite amiante (ACAATA) est faible : fixé à 65 % du salaire brut, il ne permet pas aux allocataires de vivre dignement et s'avère même dissuasif. Nous sommes favorables au relèvement de son montant mais, puisque nous sommes raisonnables, nous proposons de commencer par diligenter une étude d'impact.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Le montant de l'allocation relève du domaine réglementaire. En outre, il faudrait évaluer le coût que représenterait son relèvement à hauteur de 100 % du salaire. Le ministère du travail nous a informés qu'un décret en cours de rédaction, visant à relever de 10 % le montant actuel de l'allocation amiante, sera soumis en novembre à la commission des AT-MP. Mme Morano a confirmé cette information hier, lors de son audition devant la commission.

M. Patrick Roy. Le relèvement du montant de l'allocation est une revendication ancienne et parfaitement justifiée. Les écarts de richesse ne cessent d'augmenter. Pensez-vous qu'il est possible de vivre, en France, avec quelques centaines d'euros par mois, surtout lorsque l'on a été exposé à des risques importants ? Contrairement à ce que vous avancez, monsieur le rapporteur, le décret se contenterait d'apprécier de 10 % la base minimale, alors qu'il convient de porter le seuil de l'allocation au niveau du SMIC mensuel.

La Commission rejette cet amendement.

Article 43

Contribution au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

Cet article porte, pour l'année 2010, à 880 millions d'euros la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général 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. Le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)

Le I fixe pour 2010 la contribution de la branche 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 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 de financement de la sécurité sociale pour 1999) et des établissements de flochage et de calorifugeage à l'amiante (article 36 de la loi de financement pour 2000) ;

– 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 ou exerçant des métiers de la construction et de la réparation navales figurant sur une liste établie par arrêté interministériel (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 de financement de la sécurité sociale pour 2000) aux personnels portuaires assurant la manutention (article 44 de la loi de financement pour 2002) ;

– 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 interministériel (asbestose, mésothéliome, cancer broncho-pulmonaire, tumeur pleurale bénigne et plaques pleurales) ; concernant initialement le régime général (article 41 de la loi de financement pour 1999 et arrêté du 3 décembre 2001), ce dispositif a été ensuite étendu au régime AT-MP des salariés agricoles (article 54 de la loi de financement pour 2003).

Au total, 1 619 établissements ont été inscrits sur les listes ouvrant droit d'accès au dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Il s'agit, pour un tiers environ, d'établissements de fabrication, flocage ou calorifugeage à l'amiante et pour le reste de ports et d'établissements de réparation ou de construction navale.

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 : Établissement national des invalides de la Marine, SNCF, EDF, ouvriers d'État du ministère de la défense. Ils sont financés par des mécanismes distincts.

Les produits du fonds sont constitués par :

- une contribution de la branche AT-MP du régime général 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	2008
0,35 %	0,31 %	0,31 %	0,31 %	0,31 %	0,31 %

Source : rapport annuel FCAATA 2008.

- 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 ;

Il convient de souligner que l'article 101 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a supprimé, au regard de la complexité excessive de ce dispositif, d'un recouvrement difficile et source de nombreux contentieux et de son manque de rentabilité, la contribution à la charge des entreprises dont les salariés ont été exposés à l'amiante, instituée par l'article 47 de la loi de

financement de la sécurité sociale pour 2005. Pour compenser cette perte de recette, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a augmenté de 30 millions la dotation de la branche AT-MP du régime général.

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	2006	2007	%	2008	%	2009 (p)	%	2010 (p)	%
CHARGES	872	918	5,3	929	1,2	917	-1,2	899	-2,0
Charges gérées par la CNAM AT-MP	754	795	5,4	806	1,4	796	-1,3	780	-2,0
ACAATA brute (yc cotisations maladie, CSG et CRDS)	608	638	5,0	647	1,4	639	-1,3	626	-2,0
Prise en charge de cotisations d'assurance volontaire vieillesse	134	144	7,3	146	1,8	144	-1,5	141	-2,0
Charges de gestion des CRAM	12	13	5,1	13	1,2	13	-1,3	13	-2,0
Charges gérées par la CDC	118	123	4,8	122	-0,7	122	-0,6	119	-2,0
Prise en charge de cotisations de retraite complémentaire	117	122	4,1	121	-0,7	122	0,7	119	-2,0
IREC (AGIRC + ARRCO)	96	100	3,7	99	-1,0	100	1,1	98	-2,0
IRCANTEC	1	1	13,3	1	12,1	1	-9,7	1	-2,0
Retraite complémentaire à 60 ans (ASF + AGFF)	20	21	5,5	21	0,2	21	-0,7	21	-2,0
Charges de gestion CDC (yc dotation aux provisions)	1	2	++	2	-2,6	0	--	0	-
Charges financières CDC	0	0	-97,9	0	++	0	--	0	-
PRODUITS	753	862	14,5	916	6,3	911	-0,6	911	0,0
Contribution de la CNAM AT-MP	700	800	14,3	850	6,3	880	3,5	880	0,0
Contribution du régime AT-MP des salariés agricoles	0	0		0		0		0	
Contribution de l'Etat			-		-		-		-
Droits sur les tabacs (centralisés par la CDC)	32	29	-8,2	30	3,1	30	-1,1	30	0,0
Produits financiers CDC	1	0	-23,3	1	46,7	1	0,0	1	0,0
Contribution employeurs	21	33	57,4	35	8,6	0	--	0	-
Résultat net	-118	-56		-12		-7		12	
Résultat cumulé depuis 2000	-204	-260		-272		-279		-267	

(1) ACAATA = Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

Source : Direction de la sécurité sociale.

Comme le souligne le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2009, 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 1,2 % en 2008, après + 5 % en 2007, + 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) et par la dynamique opposée des flux de bénéficiaires entrant et sortant du dispositif.

Le flux annuel de nouveaux allocataires poursuit la baisse entamée en 2003 (-1 % en 2008, après -5 % en 2007) et inversement, les sorties du dispositif pour départ à la retraite progressent fortement (+ 29 % en 2008, après +11 % en 2007).

En 2008, le nombre des nouveaux allocataires est devenu inférieur à celui des sorties par retraite ou décès. En conséquence, la population d'allocataires s'est stabilisée en 2008 et la prévision fait l'hypothèse d'une contraction du nombre moyen d'allocataires de près de 3 % en 2009 et en 2010.

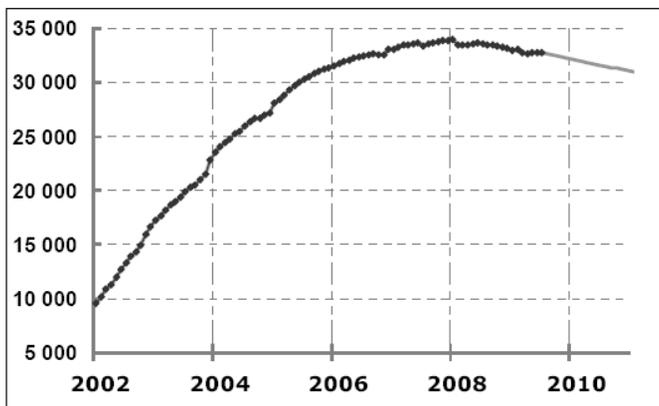
Le nombre d'allocataires présents dans le dispositif a ainsi évolué comme suit :

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%
2008	33 223	- 2,02 %

Source : Rapport FCAATA 2008.

Nombre de bénéficiaires en fin de mois



Source : Rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, octobre 2009

D'après les informations recueillies par votre rapporteur, au 31 août 2009 et depuis sa création, 62 353 personnes (dont 8 343 malades, soit un peu plus de 13 % des allocataires) ont pu bénéficier de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. À cette date, 32 822 allocataires étaient encore présents dans le dispositif.

La dynamique des recettes du fonds s'explique principalement par celle des dotations de la branche AT-MP, qui constituent l'essentiel (93 % en 2008) de ses produits. Cette dotation est passée de 800 millions d'euros en 2007 à 850 en

2008 et atteindra 880 millions d'euros en 2009. Les autres ressources, les droits sur la consommation des tabacs et la contribution due par les employeurs, supprimée comme indiqué ci-dessus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, se sont respectivement élevées à 30 et 35 millions d'euros en 2008.

Globalement, les recettes devraient se maintenir en 2009 et 2010 à un niveau proche de celui de 2008. Les produits du fonds, qui ont progressé de 6 % en 2008, devraient donc être presque stables en 2009 et 2010 (-0,6 % et +0 % respectivement).

En 2008, le fonds s'est encore rapproché de l'équilibre avec un déficit limité à 12 millions d'euros. Toutefois, Mme Marianne Lévy-Rosenwald, présidente du conseil de surveillance du FCAATA a appelé l'attention de votre rapporteur sur la situation extrêmement préoccupante, résultant du fait qu'en résultat cumulé, le fonds présente maintenant plus de 272 millions d'euros non financés et le résultat cumulé négatif devrait s'établir à 279 millions d'euros à la fin de l'année. Ce déficit devrait commencer à baisser en 2010 pour s'établir à 267 millions d'euros. Les paiements des prestations ne sont toutefois pas menacés, une ligne de trésorerie étant prévue au niveau des deux gestionnaires du fonds (branche AT-MP et Caisse des dépôts et consignations).

D'après le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2009, la diminution des effectifs d'allocataires compensant les effets de la revalorisation et les recettes du fonds étant presque stable, le fonds devrait se rapprocher de l'équilibre en 2009 (déficit de - 7 millions d'euros) et l'atteindre en 2010 (excédent de 12 millions d'euros).

Compte tenu de ces éléments, il est proposé de maintenir le montant de la contribution de la branche AT-MP à 880 millions d'euros pour 2010.

2. Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

Le **II** fixe pour 2010 la contribution de la branche AT-MP du régime général au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Le FIVA est un établissement public créé par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, pour assurer la réparation intégrale des préjudices des personnes atteintes de maladies liées à l'amiante.

Le huitième rapport d'activité du FIVA au Parlement et au gouvernement, couvrant l'année civile 2008, ainsi que les statistiques fournies à votre rapporteur lors de l'audition de M. Pierre Sargos, président du conseil d'administration du fonds, mettent en évidence certaines évolutions marquantes de celui-ci.

Le recours au service du FIVA reste la voie privilégiée par les victimes pour obtenir réparation de leur préjudice. En effet, le nombre de saisines directes des juridictions par les demandeurs, qui conservent la possibilité de solliciter une

indemnisation par ce biais malgré la création du FIVA, reste relativement limité. En 2008, les juridictions administratives et judiciaires ont signalé au FIVA 878 actions engagées en vue d'obtenir directement auprès d'elles l'indemnisation des préjudices nés d'une exposition à l'amiante. 13,4 % seulement des victimes de l'amiante ont donc choisi de s'adresser aux juridictions plutôt qu'au FIVA, soit une proportion relativement stable par rapport aux années passées (13 % en 2006 et 10 % en 2007).

Alors que les dernières années avaient été marquées par une baisse du niveau des acceptations des offres proposées par le FIVA et une forte hausse du nombre de dossiers ayant donné lieu à contentieux devant la cour d'appel, le nombre de dossiers concernés diminue en 2008 pour la première fois et s'établit à 1 382 (-7,6 %). On constate néanmoins le maintien à un niveau élevé des contentieux indemnitaires, liés à la contestation par les victimes des offres d'indemnisation qui leur sont présentées.

Les statistiques font état en 2008 d'une baisse sensible des demandes d'indemnisation adressées au FIVA, par rapport à la forte augmentation constatée en 2007, retrouvant un niveau comparable aux années 2003 et 2004. En 2008, le FIVA a enregistré ainsi 15 542 demandes d'indemnisation, soit en moyenne 1 295 demandes par mois, toutes catégories confondues. Cette diminution de 39,2 % des demandes par rapport à l'année 2007 marque une rupture avec la très forte croissance du nombre des demandes en 2007 par rapport à l'année 2006 (+33,2 %).

Toutefois, le rapport d'activité du fonds pour 2008 souligne qu'il est certainement prématuré d'affirmer que cette diminution correspond à une tendance nouvelle. L'année 2007 était en effet une année atypique, qui a enregistré un pic de demandes qui s'explique en grande partie par un « effet prescription ». En effet, par délibération en date du 27 février 2007, le conseil d'administration du FIVA avait décidé que la date de l'adoption du barème d'indemnisation constituait le départ du délai de la prescription quadriennale de la loi de 1968 applicable aux établissements publics. Cette délibération a eu pour effet de reporter la première échéance de prescription au 1^{er} janvier 2008, permettant aux victimes de pathologies anciennes et à leurs ayants droit de déposer des demandes d'indemnisation. Cette forte augmentation, qui a 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 dont la maladie a été constatée 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 au nombre de dossiers à traiter tout en essayant de maîtriser la dégradation des délais de présentation des offres (en moyenne de 9 mois et trois semaines en 2008, alors que cette moyenne était de 7 mois et 3 semaines en 2007) et de paiement (en moyenne de 3 mois et une semaine, alors que cette moyenne était de 2 mois et une semaine en 2007), le FIVA a exploré des pistes de

réorganisation interne, résultant notamment d'études réalisées par des consultants externes.

Un rapport ⁽¹⁾ d'une mission conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances diligentée en 2008, afin de réaliser un audit du FIVA, a mis en évidence l'existence d'un stock important de demandes en attente de traitement (16 000 dossiers seraient en attente début avril 2009) et l'inadaptation de l'organisation et des procédures au traitement de masse d'un grand nombre de dossiers.

Pour résoudre ces difficultés, la mission préconisait notamment la mise en place d'une « cellule d'urgence », composée de personnels temporaires, et dont la tâche serait de résorber rapidement les stocks de dossiers en instance. Elle a également formulé des recommandations touchant à l'organisation du processus d'indemnisation, à la simplification des procédures de mandatement et de paiement et à la mise en place de véritables outils de pilotage des flux.

La plupart des pistes esquissées dans le rapport de mission n'ont toutefois pu être mises en œuvre dès 2008 mais ont déjà fait l'objet d'un début d'application en 2009, qui s'est traduite par une profonde réorganisation interne par la nouvelle direction du FIVA et devraient faire l'objet d'engagements dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens qui doit être conclue entre l'État et le fonds d'ici la fin de l'année 2009.

L'année 2008 s'est traduite par une hausse des dépenses d'indemnisation par rapport aux années précédentes. Les dépenses d'indemnisation du fonds ont fortement progressé en 2008 (+ 19 %), pour s'établir à 416 millions d'euros, dont 21,8 de provisions (offres proposées aux victimes et non encore acceptées). Ce montant est en progression importante par rapport aux années 2006 et 2007, où les sommes correspondantes atteignaient respectivement 387 et 350,1 millions d'euros et rejoint le niveau atteint en 2005 (426,6 millions d'euros).

Trois postes expliquent cette évolution :

– les dépenses correspondant aux offres formulées par le FIVA et acceptées sont passées de 201 millions d'euros en 2007 à 224 en 2008 (+ 11,5 %) ;

– le montant des offres formulées les années antérieures à 2008, mais acceptées en 2008, a nettement augmenté (+ 62,5 %), passant de 57,5 à 93,4 millions d'euros :

– les compléments versés suite à des décisions de cour d'appel ont également fortement progressé passant de 27,1 à 44,7 millions d'euros (soit environ + 65 %).

(1) *Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) ; Dorison Alain, Remy Pierre-Louis, Inspection générale des finances ; Inspection générale des affaires sociales ; juillet 2008.*

Le total cumulé des dépenses d'indemnisation depuis la création du FIVA atteint 2,037 milliards d'euros à la fin de l'année 2008.

Le fonds est alimenté par une contribution de la branche AT-MP du régime général (fixée à 315 millions d'euros par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009) et une contribution de l'État fixée par la loi de finances initiale.

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 à l'augmentation continue de l'activité 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 (années 2001 à 2008 incluses) au total plus de 2,325 milliards d'euros et se répartissent comme suit :

Ressources du FIVA

Années	État dotations ⁽¹⁾	AT/MP Dotations ⁽¹⁾	Total Dotations ⁽¹⁾	Dotations versées *
2001		438 000	438 000	
2002	38 110	180 000	218 110	68 110
2003	40 000	190 000	230 000	130 000
2004		100 000	100 000	420 000
2005	52 000	200 000	252 000	352 000
2006	47 500	315 000	362 500	422 500
2007	47 500	315 000	362 500	272 500
2008	47 000	315 000	362 000	347 000
TOTAL	272 110	2 053 000	2 325 110	2 012 110

* au 31 mai de 2002 à 2006, au 31 décembre à partir de 2007

(1) Votes au budget primitif du fonds

Source : FIVA

Les différentes dotations de l'État sont versées chaque année en totalité au fonds, alors que les dotations de la branche du régime général ne le sont qu'en fonction des besoins que le FIVA précise au fur et à mesure.

Le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2009 prévoit que les dépenses d'indemnisation du fonds devraient être identiques en 2009 à celles de 2008. Le résultat cumulé du fonds resterait ainsi proche des 300 millions d'euros observés à fin 2008. En 2010, en revanche, les

personnels supplémentaires devraient permettre au fonds d'accroître sensiblement son activité. Les dépenses d'indemnisation pourraient ainsi progresser de 42 % par rapport à 2009. Un déficit important (-200 millions d'euros) devrait donc être constaté en 2010, financé par un prélèvement sur le fonds de roulement du FIVA.

Les comptes du FIVA

	En millions d'euros et en %								
	2006	2007	%	2008	%	2009 (p)	%	2010 (p)	%
CHARGES	392	356	-9%	424	19%	425	0%	600	41%
Indemnisations (dont provisions)	387	350	-10%	416	18%	416	0%	591	42%
Autres charges	5	6	19%	8	27%	9	11%	9	0%
PRODUITS	402	402	0%	419	4%	400	-5%	400	0%
Contribution de la CNAM AT-MP	315	315	0%	315	0%	315	0%	315	0%
Contribution de l'état	48	48	0%	47	-1%	48	2%	50	4%
Autres produits (dont reprises sur provision)	40	39	-2%	57	45%	37	-36%	35	-5%
Résultat net	10	45	--	-6	--	-25	--	-200	--
Résultat cumulé depuis 2001	261	306	17%	300	-2%	275	-8%	75	-73%

Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF / 6C)

Source : Direction de la sécurité sociale.

Compte tenu de ces éléments et de l'existence d'un niveau de fonds de roulement estimé à 275 millions d'euros fin 2009, le présent article prévoit pour 2010 le maintien de la contribution de la branche AT-MP au fonds au niveau de 2009, c'est-à-dire à 315 millions d'euros.

*

La Commission est saisie de deux amendements AS 130 de M. Patrick Roy et AS 176 de M. Roland Muzeau, pouvant faire l'objet d'une discussion commune.

M. Patrick Roy. Certains collègues ont sans doute voté contre l'amendement précédent, parce qu'ils se demandaient comment pourvoir au financement de la mesure proposée. Dans un bel élan, je vous invite à la financer en adoptant une mesure de justice : le rétablissement de la contribution à la charge des entreprises, supprimée l'an dernier par la majorité.

M. Guy Lefrand. Ce sujet a longuement occupé notre mission. La contribution en question a été supprimée, parce qu'elle posait un énorme problème aux entreprises cherchant un repeneur, faisant courir un risque à leurs salariés. En outre, la récupération des fonds était compliquée par les changements fréquents de propriétaires.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Les auditions, notamment celle de la présidente du FCAATA, ont mis en évidence le faible rendement de cette contribution – 30 millions au lieu des 120 millions escomptés –, les énormes difficultés rencontrées pour la recouvrer, les nombreux contentieux qu'elle générait et l'obstacle qu'elle présentait pour les reprises d'entreprise. Il ne paraît donc pas nécessaire de la rétablir, d'autant que sa suppression n'a pas eu d'impact

sur les comptes du fonds puisque la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu une compensation à due concurrence de la branche AT-MP.

Mme Jacqueline Fraysse. Les problèmes que vous évoquez doivent être examinés mais il est anormal que la branche AT-MP supporte une charge qui devait initialement peser sur les employeurs responsables. Un employeur reprenant une entreprise ne saurait certes endosser la responsabilité de son prédécesseur, mais je doute que cet obstacle ne puisse être surmonté.

M. Patrick Roy. Depuis treize ans, des dépôts de plainte au pénal s'enlisent. En dépit des déclarations d'intention répétées, on ne voit rien venir et tout semble fait pour retarder les procès pénaux de l'amiante. Ce matin, nous avons été très bien reçus mais nous sommes ressortis avec un seul engagement du Gouvernement : un rendez-vous avant Noël. Le rétablissement de la contribution à la charge des entreprises présenterait le mérite de confronter à leurs actes ceux qui ont commis une faute.

La Commission rejette successivement les amendements AS 130 et AS 176.

Puis elle adopte l'article 43 sans modification.

Article additionnel après l'article 43

Modification du système d'accès au FCAATA

La Commission est saisie de l'amendement AS 6 de M. Guy Lefrand.

M. Guy Lefrand. Pour percevoir l'ACAATA, il suffit aujourd'hui d'avoir travaillé dans un établissement reconnu comme ayant employé de l'amiante. Certains salariés qui n'ont pas été exposés en profitent. Surtout, de nombreux salariés ayant été exposés dans des établissements qui ne figurent pas sur les listes n'y ont pas droit. Je vous propose par conséquent de remplacer les listes d'établissements par un système combinant une liste de secteurs d'activité et une liste de métiers à risque, conformément à la demande récurrente des associations de défense des victimes de l'amiante et à la proposition du ministère.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. L'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail, réfléchit actuellement aux conditions d'entrée dans le dispositif de l'ACAATA. La mission présidée par Patrick Roy, comme celle présidée en 2006 par M. Le Garrec, ont souligné les lacunes du dispositif actuel, sans pour autant qu'interviennent des avancées sur le sujet. Je donne donc un avis favorable à cet amendement.

M. Patrick Roy. Avec le système actuel, deux gros problèmes se posent : celui du montant de l'allocation et celui de ses conditions d'attribution. Le système en vigueur depuis l'origine est très injuste, car il laisse de côté nombre de salariés ayant été réellement exposés. Il est difficile de trouver le système parfait, mais la disposition proposée constituerait un progrès certain. Les associations y

sont favorables mais divergent sur les listes qui seront établies, notamment la liste des métiers, qui ne doit pas être trop restrictive. Je voterai donc cet amendement, mais en émettant une réserve à propos de cette liste.

M. Guy Lefrand. Je serais heureux que Patrick Roy accepte de cosigner avec moi cet amendement, inspiré par les travaux de la mission.

M. Patrick Roy. D'accord.

La Commission adopte cet amendement (amendement n° 65).

Article additionnel après l'article 43

Création d'une filière individualisée d'accès au FCAATA

La Commission examine l'amendement AS 8 de M. Guy Lefrand.

M. Guy Lefrand. Dans la continuité de l'amendement précédent, je suis favorable à la création d'une filière individuelle pour obtenir l'éligibilité au FCAATA. Cependant, deux problèmes pratiques se posent : il faudrait apporter la preuve de son exposition, ce qui est toujours extrêmement compliqué ; le nombre de dossiers risque d'être considérable, comme en Italie, où 240 000 demandes ont été déposées, avec un taux d'acceptation très faible. Il est donc proposé, dans un premier temps, de demander au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport sur la faisabilité de cette mesure.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis favorable. Cette nouvelle voie d'accès individuelle constituera une réponse pertinente au système des listes, qui est une procédure lourde qui a montré ses limites.

M. Patrick Roy. La mesure adoptée avec l'amendement précédent doit, en effet, être complétée par la création d'une voie d'accès individuelle. La sagesse commande effectivement de demander un rapport au Gouvernement, car nous n'avons pas eu le temps de concevoir un système pertinent, le seul modèle étant celui de l'Italie, dont le rendement n'a guère été convaincant. Je voterai donc l'amendement AS 8.

La Commission adopte cet amendement (amendement n° 66).

Article 44

Versement 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 2010 le montant du reversement de la branche AT-MP vers la branche maladie du régime général.

Issu de l'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, 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 la sous-déclaration, et donc de la non prise en charge par la branche AT-MP des maladies professionnelles et, depuis l'article 54 de la loi de financement pour 2002, des accidents du travail. En effet, en raison de cette 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 indûment imputés à la branche maladie.

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 caisses régionales 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, mentionnée 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 AT-MP à la branche maladie : 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° 30 bis, amiante	Décret n° 2000-343 du 14 avril 2000
2001	
Création du Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA)	Article 53 de la loi du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 Décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001
2002	
Extension du champ d'application de l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale aux accidents du travail non déclarés	Article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002
Possibilité de reconnaître les maladies professionnelles ne figurant pas dans un tableau dès lors que le pourcentage d'IPP est supérieur ou égal à 25 % (au lieu de 66,66 % antérieurement), au titre du 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 1 ^{er} 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.

Ces mesures se traduisent d'ores et déjà par une 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, 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 2008, 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, les dermatoses allergiques et irritatives, l'asthme, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives et, naturellement, les accidents du travail.

Il convient 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, 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
2009	710,00	

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

Au terme de ses travaux, la commission a situé la sous déclaration dans une fourchette comprise entre 564,7 millions d'euros et 1 015,1 millions 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 a formulé 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 en faisant 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 comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail sur les maladies professionnelles ;

- la formation et l'information des médecins, notamment en renforçant la formation sur les maladies professionnelles pendant les études médicales et en insistant particulièrement pour certaines spécialités (rhumatologie, pneumologie, dermatologie...), en renforçant la part des formations sur les maladies professionnelles dans la formation médicale continue, en incitant les sociétés savantes à approfondir leur travail de sensibilisation et la Haute autorité de santé à investir cette problématique, en systématisant les investigations sur les expositions professionnelles dans certains services hospitaliers, notamment en cancérologie ;

- la mise en place dans les caisses primaires 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, prévue à l'article L. 461-6 du code de la sécurité sociale ;

- l'étude de l'enrichissement des pièces destinées aux caisses, comme les demandes d'entrée dans le dispositif d'affections de longue durée ou les feuilles de soins, avec une rubrique permettant de signaler les cas d'origine professionnelle possible 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 de résultats entre les caisses primaires et entre les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles ;

- 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 en assurant une meilleure coordination et complémentarité entre spécialistes de l’épidémiologie, de la vigilance et la sécurité sociale.

La plupart de ces recommandations ont été reprises dans le cadre de la convention d’objectifs et de gestion de la branche AT-MP 2009-2012 signée entre l’État et la CNAMTS le 29 décembre 2008 ou ont déjà été mises en œuvre.

Ainsi, en ce qui concerne l’information des travailleurs sur les risques professionnels, un décret n° 2008-1347 du 17 décembre 2008 précise les conditions selon lesquelles est dispensée cette information. Ce texte établit une gradation du contenu de l’information à transmettre aux travailleurs, en fonction de la taille de l’établissement et des risques professionnels identifiés, notamment afin de couvrir les très petites entreprises.

Concrètement, l’information dispensée par l’employeur devra désormais porter, au minimum, sur l’accès direct de tous les travailleurs au « document unique » d’évaluation des risques et sur les mesures de prévention des risques professionnels identifiés. Il est également demandé à l’employeur d’informer les travailleurs sur le rôle des services de santé au travail et, le cas échéant, sur celui des représentants du personnel en matière de prévention des risques professionnels ; il s’agit des personnes ressources compétentes pour renseigner les travailleurs sur les risques professionnels, l’hygiène et la sécurité ainsi que sur les conditions de travail.

La branche AT-MP s’implique également dans la formation à la prévention des membres des comités d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Chaque année, la CNAMTS et les caisses régionales financent des sessions de formation organisées par les organisations d’employeurs et les syndicats à destination de leurs adhérents. Les caisses proposent également des stages de formation pour les membres des comités.

Par ailleurs, une large campagne médiatique nationale sur les troubles musculo-squelettiques a été lancée en 2008 et doit se poursuivre jusqu’en 2010. Le premier volet de cette campagne visait à informer et sensibiliser le grand public sur ces maladies professionnelles, qui sont en progression alarmante dans de nombreux secteurs d’activité. Il s’est appuyé sur plusieurs supports de communication : spots télévisuels, annonces publiées dans la presse nationale et professionnelle, brochures, site Internet... Le deuxième volet s’est déroulé en mai-juin 2009 et a été davantage axé sur le milieu professionnel en mettant en avant l’impact économique et social de ces troubles.

Enfin, le site Internet « www.travailler-mieux.gouv.fr » est ouvert depuis le mois de janvier 2008. Ce site, dont la création avait été décidée lors de la conférence sociale sur les conditions de travail d’octobre 2007 avec l’ensemble

des partenaires sociaux, valorise et met en cohérence les ressources existantes, tout en répondant à des besoins identifiés et non satisfaits à ce jour.

Complexe, le système de reconnaissance des maladies professionnelles est difficile à comprendre pour les victimes, mais aussi pour les médecins traitants. D'où l'importance, comme le souligne le rapport de la commission, des actions d'information sur le sujet qui font notamment l'objet du programme d'action n° 8 de la convention d'objectifs et de gestion « offre de services individualisés aux victimes ».

La CNAMTS a ainsi organisé en 2008, avec le concours des délégués de l'Assurance maladie, une campagne d'information auprès d'environ 10 000 médecins généralistes traitants sur la prévention et la prise en charge des maladies professionnelles. Dans ce cadre, les médecins ont reçu un mémo récapitulant les points clés de la prévention et notamment des conseils pour bien détecter une maladie professionnelle : réfléchir en terme de métier, contacter le médecin du travail pour toute information sur l'exposition professionnelle et adresser le patient au centre de consultations de pathologie professionnelle en cas de doute sur le lien entre le métier et la pathologie. Par ailleurs, le mémo récapitulait les informations à conserver dans le dossier médical du patient.

Ces actions de sensibilisation des délégués auprès des médecins traitants seront poursuivies fin 2009/ début 2010 sur le suivi post-professionnel, dès que la Haute autorité de santé aura rendu son avis sur le suivi post-professionnel amiante.

Par ailleurs, la caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France a créé, en 2007, un site Internet dédié aux maladies professionnelles baptisé « SMP », dont les trois espaces (Repérer, Déclarer et Orienter) guident le médecin dans les différentes démarches à effectuer. En 2008, ce site a connu une première évolution : pour faciliter le rapprochement entre la pathologie et le tableau de maladies professionnelles, il propose un accès associant métier et pathologie, ce qui a l'avantage de raccourcir le temps de consultation. Mais, pour l'instant, seuls 25 métiers « fichés » sont pris en compte ; une nouvelle évolution est donc programmée en 2009, pour rendre le site encore plus opérationnel.

De même, le guide d'accès aux tableaux des maladies professionnelles élaboré par l'Institut national de recherche et de sécurité (www.inrs.fr, rubrique Bases de données) est un autre outil précieux pour les médecins ; son intérêt est de proposer des accès diversifiés (par pathologie, par nuisance, par activité professionnelle).

S'agissant de la formation professionnelle continue, 38 formations déclinées, pour la plupart, sur 2 jours ont porté en 2009 sur le risque professionnel avec des thèmes généraux comme la maladie professionnelle et le médecin traitant ou plus spécifiques comme les troubles musculo-squelettiques, la souffrance au travail ou le dépistage et le diagnostic des cancers cutanés et des dermatoses à caractère professionnel. Les délégués de l'assurance maladie, lors de leurs visites

de 2008, ont remis aux médecins un mémo comportant les coordonnées du site Internet de l'organisme de gestion conventionnel ⁽¹⁾ pour leur permettre de connaître les programmes de formation continue dans leur région.

L'homogénéisation des pratiques entre les différentes caisses constitue également un enjeu majeur de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion. Le programme 7 précise que l'effort devra particulièrement porter sur les pratiques de reconnaissance des maladies professionnelles et accidents du travail ou de trajet et sur la détermination du taux d'incapacité permanente. La CNAMTS a défini un plan national d'action, à la fin du premier trimestre 2009. Ce plan comporte notamment l'élaboration de référentiels documentaires, la conception d'offres de formation visant à renforcer l'expertise des différents intervenants (responsables de services AT-MP, gestionnaires affectés aux processus de gestion, agents enquêteurs des caisses primaires) et un renforcement des coordinations régionales et interrégionales sur les différents processus de métiers.

En ce qui concerne l'actualisation des tableaux de maladie professionnelle, les décrets n° 2008-1043 du 9 octobre 2008 et n° 2009-56 du 15 janvier 2009 ont révisé les tableaux n° 1 (affections dues au plomb et à ses composés), n° 4 (hémopathies provoquées par le benzène et tous les produits en renfermant), n° 16 *bis* (affections cancéreuses provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houille, les brais de houille et les suies de combustion du charbon), n° 36 *bis* (affections cutanées cancéreuses provoquées par certains dérivés du pétrole) et n° 43 (affections cancéreuses provoquées par l'aldéhyde formique et ses polymères) et créé un tableau n° 43 *bis* (affections cancéreuses provoquées par l'aldéhyde formique). Par ailleurs, un projet de décret révisant le tableau n° 19 A (leptospiroses) est actuellement en cours de signature et devrait paraître prochainement. Enfin, les travaux de révision du tableau relatif aux affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail (tableau n° 57) ont été engagés en 2008 et devraient aboutir dans le courant de l'année 2010.

Enfin, le programme 16 de la convention d'objectifs et de gestion, consacré au développement et diffusion des études statistiques, prévoit que la CNAMTS doit actualiser, chaque année, les données significatives nécessaires aux investigations de la commission prévue à l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, notamment celles portant sur les coûts moyens longitudinaux et transversaux et sur les divergences des coûts moyens des pathologies entre maladies et AT/MP.

S'inspirant des recommandations du rapport remis au Parlement en juillet 2008 par la commission réunie sous la présidence de M. Noël Diricq,

(1) L'organisme de gestion conventionnel assure la gestion quotidienne, administrative et financière de la formation professionnelle conventionnelle des médecins c'est un organisme doté de la personnalité morale créé par la loi en 1999 et administré par un conseil de gestion composé paritairement de l'union des caisses d'assurance maladie et de représentants des syndicats médicaux signataires de la convention médicale.

l'article 103 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a augmenté le montant du versement par la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration de ces accidents et maladies pour l'augmenter de 410 à 710 millions d'euros.

Compte tenu de cet ajustement et en l'absence d'éléments nouveaux, le Gouvernement a décidé de maintenir en 2010 le montant du versement à 710 millions d'euros.

*

La Commission adopte l'article 44 sans modification.

Article additionnel après l'article 44

**Rapport au Parlement sur l'évolution des tableaux
des maladies professionnelles**

La Commission en vient à l'amendement AS 178 de M. Roland Muzeau.

Mme Jacqueline Fraysse. Les tableaux des maladies professionnelles sont dépassés et appellent une réactualisation, notamment pour tenir compte des drames récents liés à des troubles psychologiques. M. Diricq avait recommandé cette mesure dès 2005.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. M. Diricq, dans ses rapports de 2005 et 2008 évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des AT-MP, relève l'importance des sous-déclarations et préconise une réactualisation des tableaux de maladies professionnelles. J'émet donc un avis favorable.

La Commission adopte cet amendement (amendement n° 67).

Article 45

**Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies
professionnelles pour 2010**

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 ».

Cet article fixe donc, pour 2010, à 12,9 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et à 11,4 milliards l'objectif de dépenses de la branche pour le seul régime général.

Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, la construction de cet objectif de dépenses de la branche AT-MP pour 2010 se déroule en trois étapes :

– les comptes prévisionnels 2010 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 (115 millions d'euros) et le régime des mines (419 millions d'euros), de la contribution du régime général au FCAT (31 millions d'euros) et de la contribution des régimes agricoles au FCATA (69 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 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	14,2	dont 11,9 pour le régime général
Neutralisation des transferts internes à la branche AT-MP	- 0,6	
Sommes déduites pour le calcul des charges nettes	- 0,7	dont - 0,4 de reprises sur provisions pour prestations et charges techniques ; - 0,2 de dotations aux provisions et pertes sur actifs circulants ; - 0,06 de transfert de l'ONDAM médico-social à la CNSA.
objectif de dépenses de la branche	12,9	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 AT-MP pour 2010 est identique, à l'exception de la neutralisation des transferts internes qui n'ont bien sûr plus lieu d'être.

*

*La Commission **adopte** l'article 45 **sans modification**.*

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

(par ordre chronologique)

- **Fédération hospitalière de France (FHF)** – M. Gérard Vincent, délégué général, et M. Yves Gaubert, responsable du pôle « budget-finances »
- **Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM)** – M. Jean-Michel Laxalt, président, et M. Vincent Chevrier, secrétaire général
- **Comité économique des produits de santé (CEPS)** – M. Noël Renaudin, président
- **Fédération hospitalière privée (FHP)** – M. Jean-Loup Dourousset, président, M. Philippe Burnel, délégué général, et Mme Mélanie Belsky, directrice des relations institutionnelles
- **Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)** – M. Bertrand Fragonard, président
- **MG France** – M. Martial Olivier-Koehret, président, et Mme Peggy Wihlidal, chargée de mission
- **Les entreprises du médicament (LEEM)** – M. Christian Lajoux, président, M. Philippe Lamoureux, directeur général, M. Claude Bougé, directeur général-adjoint, Mme Aline Bessis, directrice chargée des affaires publiques, et Mme Blandine Fauran, directrice chargée des affaires juridiques et fiscales
- **Fédération des médecins de France (FMF)** – M. Jean-Claude Régi, président, M. Djamel Dib, président de la FMF-Spécialistes, et MM. Claude Bronner et M. Jean-Paul Hamon, co-présidents d'Union généraliste
- **Syndicat des médecins libéraux (SML)** – M. Christian Jeambrun, président, et M. Roger Rua, secrétaire général
- **Fond de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)** – Mme Marianne Lévy-Rosenwald, présidente du conseil de surveillance
- **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)** – M. Michel Legmann, président, M. Walter Vorhauer, secrétaire général, M. Francisco Jornet, conseiller juridique, et Mme Véronique Queffélec, lobbyiste

- **Union nationale des professions de santé (UNPS)** – M. Alain Bergeau, président, et M. William Joubert, secrétaire général
- **Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs** – M. Alain Bergeau, président, et M. Cyrille Pernot, responsable de la communication et des relations institutionnelles
- **Union nationale des caisses d'assurance maladie / Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (UNCAM/ CNAMTS)** – M. Frédéric van Roekeghem, directeur général, M. Jean-Marc Aubert, directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins, et Mme Sophie Thuot-Tavernier, chargée des relations avec le Parlement
- **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** – M. Stéphane Seiller, directeur des risques professionnels
- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)** – M. Antoine Dubout, président, et M. David Causse, directeur du service sanitaire
- **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)** – M. Michel Chassang, président
- **Fond d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)** – M. Pierre Sargos, président, et Mme Huguette Mauss, directrice
- **Mutualité française** – M. Jean-Martin Cohen Solal, directeur général-adjoint, Mme Isabelle Millet-Caurier, directrice des affaires publiques, et M. Vincent Figureau, responsable du département relations extérieures
- **Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP)** – Mme Isabelle Adenot, présidente, M. Claude Ameline, secrétaire général, et Mme Catherine Lossois, attachée parlementaire
- **Haute autorité de santé (HAS)** – M. François Romaneix, directeur, M. Raoul Briet, président de la commission « affections de longue durée et parcours de soins », et M. Étienne Caniard, président de la commission « qualité et diffusion de l'information médicale »
- **Conseil national de l'ordre des sages femmes** – Mme Marie-Josée Keller, présidente, Mme Rolande Grente, secrétaire générale, Mme Marianne Benoit Truong Canh, représentante du secteur I
- **Générale de santé** – M. Frédéric Rostand, président du directoire, M. Marc-David Seligman, directeur des relations institutionnelles

- **Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)** – M. Gérard Méneroud, président de la commission plénière des assurances de personnes, M. Gilles Cossic, directeur des assurances de personnes, Mme Stéphanie Cervenay, responsable d'étude santé, et M. Jean-Paul Laborde, conseiller parlementaire