

N° 2916

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 octobre 2010.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE
PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2011* (n° 2854)

TOME II

ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL

PAR M. JEAN-PIERRE DOOR,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	13
I.- UN OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR 2011 AMBITIEUX ET CRÉDIBLE	15
A. LES EXERCICES 2009 ET 2010 SONT MARQUÉS PAR UN PILOTAGE DE PLUS EN PLUS EFFICACE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE.....	15
1.- L'ONDAM pour 2009 a connu un dépassement modéré	15
<i>a) Le dépassement a été moins élevé en 2009 que les années précédentes</i>	15
<i>b) Le dépassement est imputable à la dynamique des dépenses hospitalières</i>	17
2.- L'ONDAM pour 2010 est strictement respecté.....	23
<i>a) Un ONDAM à la fois plus ambitieux et mieux respecté qu'en 2009</i>	23
<i>b) Malgré des dynamiques différentes, toutes les composantes de l'ONDAM parviennent à être maîtrisées</i>	26
B. À LA FOIS RÉALISTE ET VOLONTARISTE, L'ONDAM POUR 2011 PERMET LE FINANCEMENT SOLIDAIRE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ	28
1.- L'ONDAM est fixé pour 2011 à un niveau réaliste et raisonnable.....	28
<i>a) Un ONDAM cohérent avec la décélération tendancielle de la croissance des dépenses de santé</i>	28
<i>b) Un ONDAM composé de façon équilibrée</i>	30
2.- L'ONDAM s'inscrit dans une stratégie volontariste de maîtrise des dépenses publiques.....	31
<i>a) L'ONDAM pour 2011 s'inscrit dans une stratégie globale de maîtrise des dépenses publiques, sans être pour autant un « ONDAM d'austérité »</i>	32
<i>b) Le « bouclage » de l'ONDAM pour 2011 repose sur un plan d'économies de 2,4 milliards d'euros</i>	32
<i>c) Le projet de loi renforce la procédure de suivi et de pilotage des dépenses d'assurance maladie tout au long de l'année</i>	35
II.- LES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE	41
A. LA GESTION DE PLUSIEURS ORGANISMES FINANCÉS PAR LES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE EST CLARIFIÉE ET SIMPLIFIÉE.....	41
1. Le projet de loi règle les conséquences financières de la gestion de l'épidémie de grippe A (H1/N1)	41

2. Le dispositif d'indemnisation des contaminations par le virus de l'hépatite C causées par des transfusions sanguines est simplifié	42
B. L'AIDE AU PAIEMENT D'UNE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DE SANTÉ EST ÉTENDUE	43
C. LES OUTILS DE RÉGULATION DES SOINS DE VILLE SONT RENFORCÉS	44
1. De nouveaux outils de régulation des dépenses d'assurance maladie sont institués	44
<i>a) Une procédure de révision régulière de la nomenclature des actes et prestations remboursables</i>	<i>44</i>
<i>b) Des accords-cadres pour réguler le développement du secteur des dispositifs médicaux.....</i>	<i>45</i>
2. L'association indispensable des professionnels de santé.....	46
<i>a) La politique de maîtrise médicalisée des dépenses a fait la preuve de son efficacité.....</i>	<i>46</i>
<i>b) La régulation de notre système d'assurance maladie gagne à être opérée en étroite liaison avec les professionnels de santé</i>	<i>47</i>
III.- L'HOPITAL ET LES CLINIQUES PRIVÉES	51
A. LA SITUATION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLICS ET PRIVÉS S'EST AMÉLIORÉE MAIS LAISSE SUBSISTER DES DÉFICITS PRÉOCCUPANTS	51
1. La situation financière des cliniques à but lucratif.....	52
2. La situation des établissements publics de santé	53
B. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SONT CONTRAINTS D'ACCENTUER ET D'ACCÉLÉRER LEURS EFFORTS D'ADAPTATION, DE RÉORGANISATION ET D'AMÉLIORATION DE L'EFFICIENCE	57
1. La modernisation et le soutien du secteur hospitalier se poursuivent.....	57
<i>a) La tarification à l'activité continue de monter en charge et assure une convergence progressive des coûts des soins hospitaliers.....</i>	<i>58</i>
<i>b) Le plan « Hôpital 2012 » est centré sur l'amélioration de l'efficience hospitalière.....</i>	<i>59</i>
<i>c) La loi dite « HPST » a posé les bases d'une organisation plus efficace du système hospitalier.....</i>	<i>60</i>
2. Il existe néanmoins encore des marges de productivité pour améliorer l'efficience des établissements de santé	61
<i>a) Les systèmes d'information hospitaliers et la comptabilité analytique doivent se développer.....</i>	<i>62</i>
<i>b) La gestion patrimoniale doit être mieux prise en compte.....</i>	<i>62</i>
<i>c) Les coopérations et les mutualisations doivent se poursuivre.....</i>	<i>62</i>

C. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011 VISE À RENFORCER LES GAINS D'EFFICIENCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EN 2011	63
1. L'orientation des patients dans le cadre de transferts effectués par des établissements de santé vers les centres de soins de suite et de réadaptation est optimisée	63
2. La convergence entre les tarifs des établissements publics et privés se poursuit avec une redéfinition plus pertinente de l'objectif cible	64
3. Les futurs déploiement de la tarification à l'activité sont mieux anticipés	65
4. La prévention de la désinsertion professionnelle est mieux prise en compte	66
5. Le financement des fonds médicaux et hospitaliers est assuré	66
<i>a) Le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins recevra 228 millions des régimes obligatoires d'assurance maladie.....</i>	67
<i>b) Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés recevra 347,71 millions d'euros des régimes obligatoires d'assurance maladie.....</i>	67
IV.- LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES	69
A. LA HAUSSE DES MALADIES PROFESSIONNELLES EN 2009 JUSTIFIE LA POURSUITE D'UNE POLITIQUE ACTIVE DE GESTION DES RISQUES PROFESSIONNELS	69
1. Si les accidents du travail continuent de diminuer en 2009, les accidents de trajet et les maladies professionnelles connaissent une hausse significative.....	69
<i>a) Le nombre d'accidents du travail continue de diminuer en 2009.....</i>	69
<i>b) La tendance à la hausse des accidents de trajet sur les cinq dernières années se poursuit.....</i>	71
<i>c) Les maladies professionnelles reconnues continuent d'augmenter sensiblement</i>	73
2. De nombreux acteurs, au sein desquels les partenaires sociaux sont étroitement impliqués, concourent à la politique de gestion du risque dans laquelle la prévention joue un rôle primordial	75
<i>a) L'assurance maladie définit et met en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles</i>	75
<i>b) L'État et la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ont signé une convention d'objectifs et de gestion pour la période 2009-2012 dont la stratégie se déploie sur le terrain au moyen d'un plan national d'actions coordonnées et de plans d'actions régionaux</i>	76
<i>c) Le Gouvernement a lancé un second plan Santé au travail.....</i>	78
<i>d) Une nouvelle Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail a été créée.....</i>	79

B. LE RÉSULTAT DE LA BRANCHE AT-MP S'EST FORTEMENT DÉGRADÉ EN 2009 MAIS DEVRAIT S'AMÉLIORER EN 2010 TOUT EN RESTANT DÉFICITAIRE.....	80
1. Le solde de la branche redevient très déficitaire en 2009.....	80
2. Une part importante des charges de la branche demeure destinée à l'indemnisation des victimes de l'amiante.....	81
3. Le solde de la branche devrait s'améliorer en 2010 tout en restant déficitaire	82
C. LA BRANCHE A CONNU RÉCEMMENT DES ÉVOLUTIONS IMPORTANTES	82
1. Le régime d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles a été jugé constitutionnel sous une réserve	82
2. Un nouveau système de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles a été mis en place	84
a) <i>Les seuils de tarification sont révisés</i>	85
b) <i>Les modalités d'imputation des sinistres sur le compte employeur sont revues</i>	86
c) <i>Il devient possible d'appliquer un taux unique pour les entreprises multi-établissements</i>	86
3. Le dispositif des incitations financières à la prévention a été renforcé	87
a) <i>L'octroi d'aides financières simplifiées a été généralisé</i>	87
b) <i>L'efficacité des cotisations supplémentaires a été améliorée</i>	87
4. La gouvernance régionale de la branche a évolué	88
a) <i>Des commissions régionales des accidents du travail et des maladies professionnelles ont été créées</i>	88
b) <i>Les comités techniques régionaux ont été réformés</i>	88
D. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011	89
1. Des dispositions d'incitations financières en matière de tarification des accidents du travail sont mises en place dans le secteur agricole	89
2. Les victimes de l'amiante sont mieux prises en compte.....	89
a) <i>Un délai plus long est laissé aux victimes pour faire valoir leurs droits</i>	89
b) <i>Les victimes de l'amiante continuent de bénéficier de financements conséquents de fonds spécifiques</i>	90
3. Le phénomène de sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles reste pris en compte.....	90

EXAMEN DES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE ET AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL	91
DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2010	91
Section 2 Dispositions relatives aux dépenses	91
<i>Article 6</i> (art. 60 de la loi du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010) : Dotations à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires et au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.....	91
<i>Article 8</i> : Rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'année 2010.....	102
QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2011	108
Section 1 Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie	108
<i>Article 34</i> (art. L. 144-4-1 du code de la sécurité sociale) : Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie.....	108
<i>Article 35</i> (art. L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale) : Révision périodique de la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.....	121
<i>Article additionnel après l'article 35</i> : Association des fédérations représentatives de l'hospitalisation aux rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé.....	123
<i>Article additionnel après l'article 35</i> : Consultation des fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privée sur les dispositions conventionnelles susceptibles de comporter des incidences sur le financement et le fonctionnement des établissements de santé	126
<i>Article additionnel après l'article 35</i> : Examen par la Haute autorité de santé de l'inscription sur la liste des prestations remboursables du second avis des anatomopathologistes.....	126
<i>Article 36</i> (art. L. 165-3 du code de la sécurité sociale) : Accords-cadres conclus entre le Comité économique des produits de santé et les représentants des fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux	127
<i>Article additionnel après l'article 36</i> : Modalités d'application du contrat d'engagement de service public souscrit par les étudiants en médecine et médecins	131
<i>Article additionnel après l'article 36</i> : Référentiels de la Haute Autorité de santé sur la prise en charge des maladies chroniques au domicile du patient.....	131
<i>Après l'article 36</i>	132
<i>Article additionnel après l'article 36</i> : Mise en cause de la responsabilité civile des sages-femmes	132
<i>Après l'article 36</i>	133
<i>Article additionnel après l'article 36</i> : Organisation des activités de dialyse à domicile	135
<i>Après l'article 36</i>	136
<i>Article additionnel après l'article 36</i> : Publicité des conventions entre les membres des professions médicales et les entreprises	138

<i>Article additionnel après l'article 36 : Préparation de doses de médicaments à administrer</i>	139
<i>Après l'article 36</i>	139
<i>Article additionnel après l'article 36 : Information lors du dépôt d'une demande d'autorisation de mise sur le marché d'un générique</i>	140
<i>Après l'article 36</i>	141
<i>Article additionnel après l'article 36 : Règles d'application des quotas en cas de regroupement d'officines pharmaceutiques</i>	143
<i>Après l'article 36</i>	143
<i>Article additionnel après l'article 36 : Logiciels d'aide à la prescription et incitation à la prescription de génériques</i>	143
<i>Article additionnel après l'article 36 : Renforcement de l'information des patients sur les sites informatiques non certifiés</i>	144
<i>Article additionnel après l'article 36 : Possibilité de prévoir un dispositif de rémunération des médecins à la performance dans la convention médicale</i>	145
<i>Après l'article 36</i>	145
<i>Article additionnel après l'article 36 : Possibilité d'inclure dans l'accord national entre l'assurance maladie et les centres de santé un dispositif de rémunération à la performance</i>	148
<i>Article additionnel après l'article 36 : Encadrement de la délivrance de produits et prestations</i>	148
<i>Après l'article 36</i>	149
<i>Article additionnel après l'article 36 : Rapport du Gouvernement au Parlement sur les équilibres à moyen terme du budget du Fonds CMU</i>	150
<i>Après l'article 36</i>	150
<i>Article additionnel après l'article 36 : Extension du mécanisme de maîtrise des dépenses de prescription hospitalière en ville</i>	151
<i>Article additionnel après l'article 36 : Accès au traitement de substitution nicotinique</i>	151
<i>Après l'article 36</i>	152
<i>Article additionnel après l'article 36 : Rapport annuel sur l'application des franchises médicales</i>	152
<i>Après l'article 36</i>	154
<i>Article 37 (art. L. 162-1-IX du code de la sécurité sociale) : Extension du champ des mises sous accord préalable aux transferts vers les centres de soins de suite et de réadaptation</i>	154
<i>Article additionnel après l'article 37 : Statut conventionnel des professionnels libéraux coopérant avec les établissements sanitaires et médico-sociaux</i>	162
<i>Après l'article 37</i>	162
<i>Article 38 (art. 33 de la loi du 28 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004) : Report du passage à la facturation directe dans les établissements publics de santé</i>	163
<i>Article 39 (art. L. 1142-23, L. 1221-14 du code de la santé publique) : Procédure d'indemnisation à l'amiable des victimes d'une infection par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine</i>	171

<i>Article additionnel après l'article 39 : Responsabilité civile des médecins libéraux</i>	178
<i>Article 40 (art. L. 6122-19 (rétabli) du code de la santé publique) : Expérimentation des maisons de naissance</i>	179
<i>Article 41 (art. 33 de la loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004) : Modification de la convergence tarifaire intersectorielle</i>	194
<i>Après l'article 41</i>	201
<i>Article 42 (art. L. 162-22 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale) : Distinction, au sein de l'objectif quantifié national et de l'objectif de dépenses d'assurance maladie, du montant afférent aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation</i>	203
<i>Après l'article 42</i>	209
<i>Article additionnel après l'article 42 : Développement de la dialyse à domicile</i>	210
<i>Article additionnel après l'article 42 : Pharmacies à usage intérieur des établissements d'un groupement de coopération sanitaire et social</i>	210
<i>Après l'article 42</i>	210
<i>Article additionnel après l'article 42 : Comptabilité analytique des établissements publics hospitaliers</i>	211
<i>Après l'article 42</i>	212
<i>Article additionnel après l'article 42 : Création d'une plateforme commune d'imagerie entre public et privé</i>	212
<i>Après l'article 42</i>	213
<i>Article additionnel après l'article 42 : Politique d'intéressement dans les établissements publics de santé</i>	214
<i>Article additionnel après l'article 42 : Respect des bonnes pratiques organisationnelles</i>	215
<i>Article additionnel après l'article 42 : Établissement d'un bilan patrimonial des hôpitaux publics</i>	215
<i>Article additionnel après l'article 42 : Expérimentation de l'annualisation du temps de travail</i>	216
<i>Après l'article 42</i>	216
<i>Article additionnel après l'article 42 : Intégration des mesures nouvelles dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie</i>	218
<i>Après l'article 42</i>	219
<i>Article additionnel après l'article 42 : Prise en charge des soins urgents dispensés aux malades non assurés</i>	223
<i>Article additionnel après l'article 42 : Bilan national et comparatif par région des actes réalisés par les établissements de santé</i>	224
<i>Article additionnel après l'article 42 : Contrôle des bonnes pratiques organisationnelles</i>	225
<i>Après l'article 42</i>	225
<i>Article additionnel après l'article 42 : Information du Parlement sur la politique immobilière des établissements de santé</i>	226
<i>Après l'article 42</i>	226

<i>Article 43</i> (art. L. 341-10 du code de la sécurité sociale) : Cumul des revenus d'une activité non salariée avec une pension d'invalidité servie par le régime général.....	227
<i>Article 44</i> (art. L. 323-3-1 (nouveau) et L. 433-9 du code de la sécurité sociale ; art. L. 1226-1-1 (nouveau) et L. 1226-7 du code du travail) : Retour à l'emploi des salariés atteints d'une maladie ou victime d'un accident non professionnels.....	232
<i>Article 45</i> : Dotations des régimes obligatoires d'assurance maladie à divers établissements publics.....	237
<i>Après l'article 45</i>	248
<i>Article 46</i> : Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès.....	248
<i>Avant l'article 47</i>	252
<i>Article 47</i> : Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.....	253
<i>Après l'article 47</i>	259
Section 3 Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles	260
<i>Article 49</i> (art. 53 de la loi du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001) : Allongement du délai de prescription des actions devant le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.....	260
<i>Article additionnel après l'article 49</i> : Définition des bénéficiaires du Fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante.....	271
<i>Article 50</i> (art. L. 751-21 et L. 751-49 du code rural et de la pêche maritime) : Dispositions d'incitations financières en matière de tarification des accidents du travail dans le secteur agricole.....	271
<i>Article 51</i> : Versement au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.....	277
<i>Après l'article 51</i>	282
<i>Article 52</i> : Contribution au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.....	282
<i>Article 53</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2011.....	292
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	295

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **1 à 5, 7, 9 à 33, 59 et 60** figurent dans le rapport de M. Yves Bur, sur les recettes et l'équilibre général (n° 2916, tome I)

Les débats en commission sur les amendements relatifs au secteur médico-social (**après l'article 43**) figurent dans le rapport de Mme Bérengère Poletti (n° 2916, tome III)

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **48, 57 et 58** figurent dans le rapport de M. Denis Jacquat, sur l'assurance vieillesse (n° 2916, tome IV).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **54 à 56** figurent dans le rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau, sur la famille (n° 2916, tome V).

Le tableau comparatif et l'annexe consacrée aux amendements examinés en commission figurent dans le fascicule n° 2916, tome VI.

INTRODUCTION

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 prévoit que, grâce à des efforts de bonne gestion équitablement répartis entre tous les secteurs et l'ensemble des acteurs du système de santé, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sera respecté en 2010 pour la première fois depuis 1997, ce qui témoigne de la réussite de notre politique de maîtrise des dépenses de santé, à laquelle les professionnels de santé ont pris toute leur part.

L'ONDAM pour 2011, dont la progression est fixée à 2,9 %, est cohérent avec l'évolution tendancielle de nos dépenses de santé, et s'inscrit dans la poursuite de l'ambitieuse politique d'optimisation des dépenses d'assurance maladie dont les principes, les acteurs et les instruments ont été refondés par la loi du 13 août 2004. S'inscrivant dans un contexte économique de sortie de crise, il atteint 167,1 milliards d'euros, ce qui permet d'injecter 4,7 milliards d'euros de marges de manœuvre supplémentaires dans le financement de l'assurance maladie en 2011, et témoigne de la priorité que les pouvoirs publics accordent au financement solidaire du système de santé des Français.

Ainsi, bien qu'il participe à l'effort général de résorption des déficits publics, ce projet de loi traduit clairement une volonté de préserver l'excellence de notre système de soins, et ne peut donc en aucun cas être regardé comme un texte d'austérité.

La stratégie sous-tendant ce texte consiste à ramener à un rythme soutenable la croissance tendancielle des dépenses, par la mise en œuvre de mesures d'efficacité. Pour garantir le respect des objectifs votés par le Parlement, il est ainsi prévu d'inscrire dans la loi deux des recommandations formulées par M. Raoul Briet dans son rapport sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, recommandations qui visent à étendre les missions du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie. En outre, le projet de loi prévoit la mise à jour régulière de la classification commune des actes médicaux, afin que les tarifs de ces derniers évoluent en fonction des progrès techniques. Enfin, s'agissant des établissements de santé, il optimise le processus de la convergence intersectorielle en disposant que celle-ci s'oriente désormais vers les tarifs les plus bas, quel que soit le secteur concerné, et anticipe mieux les futurs déploiements de la tarification à l'activité dans les secteurs des soins de suite et de réadaptation et de la psychiatrie.

Le texte comporte également un ensemble de dispositions tendant à étendre la protection des assurés : dans un souci de solidarité, il change le régime de prescription des demandes d'indemnisation adressées au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) dans un sens plus favorable aux

victimes puisqu'un délai plus long leur est laissé pour faire valoir leurs droits, offre également un délai supplémentaire pour les personnes dont les dossiers ont été rejetés par le FIVA en 2009 et 2010 et simplifie la procédure d'indemnisation des contaminations transfusionnelles par le virus de l'hépatite C. Par ailleurs, il relève de façon significative le plafond de ressources de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire, et renforce ainsi un dispositif devant favoriser l'accès de tous à une couverture maladie complémentaire.

En somme, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est un texte équilibré. Équilibre, d'une part, entre l'indispensable poursuite d'une politique raisonnée de maîtrise des dépenses de santé, et la recherche d'une protection toujours plus complète des assurés contre le risque de maladie. Équilibre également entre médecine de ville et hôpital, dans la mesure où il fixe pour les deux secteurs un même niveau de progression des dépenses. Équilibre enfin, car il finance la revalorisation des tarifs des médecins généralistes, qui sont ainsi alignés sur ceux de leurs confrères des autres spécialités. Ce projet de loi établit donc les bases d'un renouveau de la vie conventionnelle dès 2011.

I.- UN OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR 2011 AMBITIEUX ET CRÉDIBLE

A. LES EXERCICES 2009 ET 2010 SONT MARQUÉS PAR UN PILOTAGE DE PLUS EN PLUS EFFICACE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

Après un net dérapage en 2007, les dépenses incluses dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) apparaissent de mieux en mieux maîtrisées : l'ONDAM a été nettement moins dépassé en 2009 que les années précédentes, et serait strictement respecté en 2010, pour la première fois depuis 1997.

1.- L'ONDAM pour 2009 a connu un dépassement modéré

a) Le dépassement a été moins élevé en 2009 que les années précédentes

Alors que l'ONDAM a été dépassé de 2,8 milliards d'euros en 2007 et de 900 millions d'euros en 2008, l'ONDAM ne serait dépassé que de 450 millions d'euros en 2009 selon les évaluations présentées par le rapport de septembre 2010 à la Commission des comptes de la sécurité sociale, alors même qu'il paraissait plus ambitieux que les objectifs fixés pour les années précédentes.

- *Un objectif ambitieux, qui supposait 2,3 milliards d'euros d'économies*

L'article 71 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 a fixé l'ONDAM pour 2009 à 157,6 milliards d'euros, soit 3,3 % de plus que les dépenses de l'exercice 2008 telles qu'elles pouvaient être estimées en septembre 2008. Cet objectif méritait être qualifié d'ambitieux à deux titres :

– son respect nécessitait de réaliser de 2,3 milliards d'euros d'économies. En effet, comme le rappelle la Cour des comptes dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, la construction de l'ONDAM pour 2009 reposait sur l'hypothèse d'une croissance tendancielle de 4,5 % des dépenses incluses dans le champ de l'ONDAM et prenait en compte des mesures nouvelles pour un montant de 436 millions d'euros ; en conséquence, le « bouclage » de l'ONDAM reposait sur un ensemble de mesures d'économies dont le rendement était évalué à 2 308 millions d'euros ;

– ce taux était plus faible que le rythme de croissance de ces dépenses pendant les années précédentes, excepté en 2006, comme le montre le tableau ci-après.

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

en milliards d'euros courants

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ONDAM voté	112,8	123,5	129,7	134,9	140,7	144,8	152,0
Evolution des dépenses constatée	+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 : rapports de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, septembre 2009, et sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, septembre 2010

• *Un objectif dépassé de 700 millions d'euros*

Selon le rapport présenté en septembre 2010 à la Commission des comptes de la sécurité sociale, l'ONDAM pour 2009 a été dépassé de 450 millions d'euros, ce qui correspond à 0,29 % de l'objectif voté.

Ainsi, l'ampleur du dépassement de l'ONDAM n'a pas atteint le seuil de 0,75 % du montant voté, à partir duquel le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie doit mettre en oeuvre la procédure d'alerte instituée par l'article 40 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, codifié à l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

La Cour des comptes avance deux explications principales à ce dépassement :

– les dépenses réalisées au titre de l'exercice 2008 avaient été sous-évaluées, avec pour conséquence un manque de base d'une centaine de millions d'euros dans la construction de l'ONDAM pour 2009 ;

– le rendement des mesures d'économies qui sous-tendaient l'objectif a été revu à la baisse, pour 600 millions d'euros environ.

Pour limiter ce dépassement, trois mesures d'économies supplémentaires ont été prises :

– l'article 6 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a réduit de 50 millions d'euros la dotation du Fonds d'investissement pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) au titre de l'année 2009 ;

– l'article 8 de la même loi de financement a réduit de 150 millions d'euros la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées pour l'exercice 2009 ;

– les dotations au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation déléguées aux établissements de santé ont fait l'objet d'une réduction de 25 millions d'euros.

b) Le dépassement est imputable à la dynamique des dépenses hospitalières

L'ONDAM est ventilé en six sous-objectifs de dépenses, dont la composition est retracée par le tableau ci-après.

Composition et montant des sous-objectifs de l'ONDAM en 2009

Sous-objectifs et montants	Composantes des sous-objectifs
Dépenses de soins de ville (73,2 Md€)	- honoraires (médicaux, infirmiers, dentistes, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...) et prise en charge des cotisations sociales des PAM - produits de santé et autres prestations (médicaments, produits et prestation de la LPP, biologie, transports) - indemnités journalières (IJ) sauf IJ maternité
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité (50,9 Md€)	- dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements pour leur activité objet d'un tarif (T2A), forfaits annuels, médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) facturés en sus des séjours, forfaits haute technicité (dépenses dites ODMCO) - dotations pour les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation (MIGAC)
Autres dépenses relatives aux établissements de santé (18,7 Md€)	- dépenses de soins de suite et de réadaptation et de séjours en établissements psychiatriques en application d'un tarif pour les cliniques privées pour les frais de séjours, les médicaments, les dispositifs médicaux (dépenses dites OQN SSR et psy) - dotations annuelles de financement pour les soins de suite et de réadaptation, pour l'activité de psychiatrie, pour les unités de soins de longue durée (USLD) pour les hôpitaux publics ou participant au service public et les hôpitaux locaux, dépenses de soins des établissements de Mayotte et de St-Pierre-et-Miquelon (dépenses dites de l'ODAM) - établissements conventionnés installés à l'étranger (Andorre, Monaco), dépenses hospitalières en France des personnes relevant de régimes étrangers (dépenses dites non régulées) - dotation au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)
Dépenses en établissements et services pour personnes âgées (6,2 Md€)	contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées
Dépenses en établissements et services pour personnes handicapées (7,7 Md€)	contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge (0,9 Md€)	dotation au FIQCS, dépenses du secteur médico-social hors champ de la CNSA, remboursement au CLEISS des dépenses relatives aux soins des assurés français à l'étranger

Source : Cour des comptes, rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, septembre 2010

Les dépenses relevant de chacun de ces sous-objectifs connaissent des évolutions différentes. Ainsi, alors qu'en 2008 le dépassement de l'ONDAM portait principalement sur le sous-objectif relatif aux soins de ville, le rapport

précité à la Commission des comptes de la sécurité sociale montre qu'en 2009, l'intégralité du dépassement de l'ONDAM porte sur les dépenses hospitalières, comme le montre le tableau ci-après.

Réalisations dans le champ de l'ONDAM en 2009

BILAN 2009, en milliards d'euros	Base 2009 réactualisée*	Constat 2009 provisoire	Taux d'évolution	Sous-objectifs arrêtés	Dépassement
Soins de ville	70,9	73,2	3,2%	73,2	0,0
Établissements de santé	67,5	69,9	3,5%	69,4	0,6
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	1,0	0,8%	0,9	0,0
ONDAM TOTAL	152,7	158,1	3,5%	157,6	0,5

* Les taux d'évolution sont calculés à périmètre constant. Les réalisations de 2008 (152,9 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 : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2010

● *L'ONDAM ambulatoire est respecté*

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a fixé le sous-objectif de l'ONDAM consacré aux dépenses de soins ville – souvent appelé l'« ONDAM ambulatoire » – à 73,2 milliards d'euros. Ce montant correspondait à une progression de 3,1 % par rapport aux dépenses réalisées en 2008, telles qu'elles pouvaient être évaluées en septembre 2008.

D'après le rapport précité de la Cour des comptes, la construction de ce sous-objectif reposait sur l'hypothèse d'une croissance tendancielle de 5,2 % de ces dépenses. Elle intégrait certaines modifications du périmètre du sous-objectif entre 2008 et 2009, comme le transfert à un autre sous-objectif de l'ONDAM des dépenses de remboursement de certains dispositifs médicaux pour les assurés hébergés en établissements pour personnes âgées ; pour 155 millions d'euros, ainsi que 440 millions d'euros de mesures nouvelles, pour tenir compte notamment de la revalorisation des tarifs de certains professionnels de santé. Enfin, le « bouclage » de l'ONDAM ambulatoire était assuré par un ensemble de mesures d'économie dont le rendement était évalué à 1 945 millions d'euros, comme le montre le tableau ci-après.

Mesures d'économie pour les soins de ville pour l'année 2009

En M€

Mesure	Montant	Type d'effet
Baisse des prix sur les dispositifs médicaux (mise en œuvre par le CEPS)	50	direct
Marges de distribution des médicaments en ville et rétrocession (mise en œuvre par le CEPS)	100	direct
Accroissement des baisses de prix des médicaments génériques dans le cadre du plan médicament (mise en œuvre par le CEPS)	40	direct
Baisses de prix de médicaments sous brevet et convergence des prix par classe dans le cadre du plan médicament (mise en œuvre par le CEPS)	340	direct
Révision de la cotation des actes les plus courants et automatisés de biologie, baisse des tarifs des actes de radiologie (mise en œuvre par l'UNCAM)	200	direct
Baisses de tarif ciblées sur certains actes réalisés par les médecins spécialistes (mise en œuvre par l'UNCAM)	50	direct
Majoration de la modulation du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins (mise en œuvre par l'UNCAM)	150	direct
Economie sur les aides à la télétransmission des feuilles de soins	5	direct
Développement de l'utilisation des grands conditionnements (mise en œuvre par le CEPS)	30	indirect
Encadrement des transports sanitaires effectués par les taxis (mesure déjà prise en compte dans les mesures d'économie 2008, mais non aboutie en 2008, mise en œuvre par l'UNCAM)	40	indirect
Fixation d'un nombre de séances pour les actes en série sur référentiels HAS (mise en œuvre par l'UNCAM)	65	indirect
Gestion médicalisée de la liste des produits de santé remboursables et suites des recommandations médico-économiques de la HAS, en fonction de l'évaluation par le HAS du service médical et des recommandations et avis médico-économiques émis par la HAS (mise en œuvre par le CEPS)	130	indirect
Lutte contre les fraudes et contrôle des droits (mise en œuvre notamment par l'UNCAM)	85	indirect
Maîtrise médicalisée : 220 M€ attendus pour les prescriptions hors médicaments et 300 M€ pour les médicaments (mise en œuvre notamment par l'UNCAM dans le cadre de la convention nationale liant l'assurance maladie aux syndicats de médecins)	520	indirect
Extension en année pleine des mesures d'économie 2008 mises en œuvre en cours d'année 2008 (effet report)	140	-
Total	1 945	-

Source : Cour des comptes, rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, septembre 2010

Selon les évaluations présentées à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2010, ce sous-objectif serait respecté en 2009.

- L'ONDAM hospitalier est dépassé de 550 millions d'euros

Les dépenses d'assurance maladie liées aux soins dispensés en établissement de santé font l'objet de deux sous-objectifs de l'ONDAM, formant l'« ONDAM hospitalier » :

– un sous-objectif de dépenses relatif aux établissements de santé tarifés à l'activité, fixé à 50,9 milliards d'euros pour 2009 ;

– un sous-objectif rassemblant les « *autres dépenses relatives aux établissements de santé* », qui s'établit à 18,5 milliards d'euros pour 2009.

Comme l'explique la Cour des comptes, le premier de ces sous-objectifs était construit sur l'hypothèse d'une croissance du volume d'activité de 2,1 % pour les établissements publics et de 2,09 % pour les cliniques privées, et sur une hypothèse de quasi-maintien des tarifs, avec une baisse de 0,03 % en moyenne pour les hôpitaux publics, et une hausse moyenne de 0,5 % pour les cliniques privées. Le second sous-objectif correspondait à une augmentation de 2 % des prévisions de dépenses pour 2008.

Le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2010 constate que l'ONDAM hospitalier pour 2009 a été dépassé de 550 millions d'euros, soit 0,79 % de son montant. Ce dépassement porte presque intégralement sur le sous-objectif relatif aux établissements de santé tarifés à l'activité. Les établissements anciennement sous dotation globale y contribuent pour 350 millions d'euros, et les cliniques pour 200 millions d'euros.

Le rapport précité de la Cour des comptes identifie deux facteurs contribuant à ce fort dépassement :

– une prise en compte insuffisante des conséquences d'une nouvelle structure des tarifs des groupes homogènes de soins (GHS), qui tiennent compte du degré de sévérité des pathologies depuis la mise en œuvre d'une nouvelle nomenclature des actes dite « V11 » ;

– un volume d'activité supplémentaire induit par l'épidémie de grippe A (H1/N1).

• *Les dépenses médico-sociales sont inférieures aux prévisions*

Les dépenses médico-sociales font l'objet de deux sous-objectifs qui constituent ensemble l'« ONDAM médico-social » et concernent :

– pour l'un, les dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées ;

– pour l'autre, les dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées.

L'ONDAM médico-social représente ainsi la participation de l'assurance maladie aux dépenses de soins des personnes prises en charge dans les établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées. Il est délégué à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), établissement public chargé notamment de répartir entre les départements les crédits médico-sociaux soumis à un objectif global de

dépenses (OGD) dont l'ONDAM médico-social représente 90 %, le reste provenant de la contribution de solidarité pour l'autonomie, souvent désigné comme la « journée de solidarité ». En théorie, il ne peut donc pas y avoir d'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réalisées au titre de ces deux sous-objectifs.

Toutefois, la dotation versée par l'assurance maladie à la CNSA au titre de la prise en charge des personnes âgées a été réduite de 150 millions d'euros par l'article 8 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2010, en raison de la sous-consommation récurrente de ces crédits.

En effet, depuis la création de la CNSA, son budget fait apparaître des excédents récurrents, notamment pour ce qui concerne les crédits destinés à la prise en charge des personnes âgées. Ces excédents se mesurent à la différence entre la part de l'OGD consacrée à ces crédits et les versements effectués par l'assurance maladie à la demande de la CNSA. Comme le souligne notre collègue Bérengère Poletti dans un récent rapport d'information sur les missions et l'action de la CNSA ⁽¹⁾, cette sous-consommation est constatée depuis plusieurs années, et la création de la CNSA n'a fait que la révéler.

La sous-consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses de 2006 à 2008

(en millions d'euros)

	2006			2007			2008			Total cumulé 2006/2008
	PH	PA	Total	PH	PA	Total	PH	PA	Total	
Montant de l'objectif	6 834	4 982	11 816	7 232	5 688	12 920	7 654	6 612	14 266	39 002
Montant des versements par l'Assurance maladie	6 738	4 692	11 430	7 290	5 201	12 491	7 684	6 073	13 757	37 678
Écart entre l'objectif et les versements (excédents)	96	290	386	- 58	487	429	- 30	539	509	1 324

PH : montant concernant les personnes handicapées / PA : montant concernant les personnes âgées

Source : Rapport d'information n° 2687 de Mme Bérengère Poletti sur les missions et l'action de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 30 juin 2010

La consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses concernant les personnes âgées

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sous-consommation	139	156	- 72	151	137	290
Pourcentage de réalisation	95 %	95 %	102 %	96 %	97 %	94 %

Source : Rapport d'information n° 2687 de Mme Bérengère Poletti sur les missions et l'action de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 30 juin 2010

Ces excédents récurrents ont alimenté les réserves de la CNSA en application du principe de « sanctuarisation » des crédits médico-sociaux établi par l'article L. 14-10-8 du code de l'action sociale et des familles, qui prévoit le

(1) Rapport d'information n° 2687 de Mme Bérengère Poletti sur les missions et l'action de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 30 juin 2010.

« *report automatique* » des crédits non consommés pendant l'année sur les exercices suivants. Une récente enquête menée conjointement par l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ⁽¹⁾ évalue à 1,855 milliards d'euros le montant des réserves résultant de la sous-consommation des crédits de la CNSA.

Les causes de cette sous-consommation chronique ont été analysées en détail par l'IGF et l'IGAS ainsi que par le rapport susmentionné de notre collègue Bérengère Poletti. Elles tiennent principalement :

– à une « *déconnection entre la procédure budgétaire et la réalité de la dépense* », que l'IGF et l'IGAS expliquent notamment par l'absence de système d'information adapté au suivi des dépenses par la CNSA ;

– au « *caractère essentiellement « descendant » de la procédure budgétaire* », dont les inspections regrettent qu'elle ne repose pas sur un « *dialogue de gestion resserré* » entre la CNSA et les services déconcentrés ;

– à la complexité de la procédure d'allocation des crédits médico-sociaux, dont Mme Bérengère Poletti montre qu'elle est génératrice de délais importants et de décalages dans le temps entre les autorisations de mesures nouvelles et leur financement effectif.

Sur la base de ce constat, un effort d'optimisation des dépenses médico-sociales est mené depuis 2009, dans le cadre duquel s'inscrit la réduction de 150 millions d'euros de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des établissements et services pour personnes âgées, que retrace un des sous-objectifs de l'ONDAM. Comme le souligne Mme Bérengère Poletti dans son rapport précité, ce « *débasage* » n'a eu aucun effet sur la mise en œuvre des plans de création de places en établissements et services pour personnes âgées ou handicapées en 2009 et 2010, non plus qu'il n'a conduit à diminuer les financements des établissements.

Pour aller plus loin, et éviter la reconstitution d'excédents cumulés, le rapport de l'IGF et de l'IGAS a proposé une refonte de la procédure budgétaire de la CNSA, consistant à fixer la dotation de la CNSA en fonction des crédits de paiements nécessaires pour l'exercice, et non des engagements que les services déconcentrés sont autorisés à prendre dans l'année. Selon les explications fournies à votre rapporteur par le cabinet de la ministre de la santé et des sports, cette préconisation a été retenue par le Gouvernement, et mise en œuvre pour la construction du budget de la CNSA pour 2011 (*cf. infra*).

(1) *Inspection générale des finances (IGF) et Inspection générale des affaires sociales (IGAS)*, Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses, *rapport conjoint n° 2009-M-036-02 et RM2009-141P*, février 2010.

- *Les dépenses relatives aux autres modes de prise en charge atteignent un montant inférieur au sous-objectif concerné*

Le sous-objectif intitulé « *dépenses relatives aux autres modes de prise en charge* » concerne notamment :

- la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au Fonds d'investissement pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) ;

- certaines dépenses du secteur médico-social exclues du champ de compétences de la CNSA ;

- les dépenses relatives aux soins des assurés français à l'étranger.

Ce sous-objectif a été fixé à 900 millions d'euros. Selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale, il a été dépassé de 50 millions d'euros, principalement sous l'effet, par nature transitoire, d'un nouveau mode de comptabilisation des soins délivrés aux Français à l'étranger.

2.- L'ONDAM pour 2010 est strictement respecté

Les données communiquées à la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du 28 septembre 2010 indiquent que pour la première fois depuis 1997, l'ONDAM sera strictement respecté en 2010.

Ce succès mérite d'autant plus d'être souligné que l'ONDAM avait été établi à un niveau ambitieux. Son respect prouve donc l'efficacité de notre politique de maîtrise des dépenses de santé.

a) Un ONDAM à la fois plus ambitieux et mieux respecté qu'en 2009

- *L'ONDAM pour 2010 a été fixé à un niveau particulièrement ambitieux, compte tenu du sur-dépassement constaté pour l'exercice 2009*

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a fixé l'ONDAM à 162,4 milliards d'euros, soit 3 % de plus que le montant de ces dépenses en 2009 telles qu'elles étaient évaluées en septembre 2009.

Ce taux-cible de progression des dépenses était nettement inférieur au taux de croissance de ces dépenses en 2009 évalué à 3,4 % au moment du vote de l'ONDAM pour 2010.

Dans son avis n° 8 du 28 mai 2010, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie avait toutefois mis en évidence un risque de dépassement de l'ONDAM pour 2009 supérieur aux prévisions retenues comme base dans la construction de l'ONDAM pour 2010. Ce sur-dépassement résultait d'évolutions divergentes des différentes composantes de l'ONDAM :

– les dépenses de soins de ville réalisées en 2009 se sont avérées inférieures aux prévisions établies lors du vote de l'ONDAM pour 2010 ;

– les dépenses hospitalières ont connu un dérapage évalué par le comité d'alerte à 460 millions d'euros.

Évaluant ce risque de sur-dépassement de l'ensemble des sous-objectifs de l'ONDAM à 400 millions d'euros, le comité d'alerte jugeait qu'il rendait « a priori *la réalisation de celui-ci plus difficile* ». Finalement, l'ampleur de ce sur-dépassement est réévaluée à la baisse, le dépassement constaté pour l'année 2009 par le rapport précité à la Commission des comptes de la sécurité sociale, évalué à 450 millions d'euros, n'excédant que de 150 millions d'euros le dépassement intégré à la base de construction de l'ONDAM pour 2010, qui s'élevait à 300 millions d'euros.

Il n'en demeure pas moins que ce manque de base rendait plus difficile le respect de l'ONDAM pour 2010.

● *La mise en œuvre rapide de mesures correctrices fortes a permis de ramener l'évolution des dépenses à un niveau conforme à l'ONDAM*

Le comité d'alerte estimait qu'en l'absence de mesures nouvelles, l'ONDAM pour 2010 pourrait être dépassé d'environ 600 millions d'euros, dont 200 millions d'euros au titre des soins de ville et 400 millions d'euros au titre des dépenses hospitalières.

Pour contrebalancer ce risque de dépassement, le Gouvernement a aussitôt annoncé les mesures suivantes :

– un gel de 135 millions d'euros sur les provisions constituées (mais non engagées) pour la prise en charge de médicaments en sus des tarifs hospitaliers ;

– un gel de 105 millions d'euros sur la dotation du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) ;

– des baisses de prix de médicaments, pour un rendement de 100 millions d'euros en 2010 ;

– une baisse du tarif de l'anesthésie de la chirurgie de la cataracte, pour un rendement de 10 millions d'euros en 2010 ;

– une modification du mode de calcul des indemnités journalières de sécurité sociale versées au titre de la maladie, de la maternité ou des accidents du travail, permettant une économie de 70 millions d'euros dès 2010 ;

– la délégation de 180 millions d'euros de crédits a été placée sous la condition que l'évolution des dépenses permette de respecter l'ONDAM.

Grâce à ces mesures correctrices, l'ONDAM pour 2010 devrait être respecté, comme le montre le tableau ci-après.

Tableau 1 – Réalisations prévisionnelles dans le champ de l'ONDAM

PRÉVISION 2010 <i>en milliards d'euros</i>	Base 2010 réactualisée	Sous- objectifs arrêtés	Avant mesures correctrices			Après mesures correctrices		
			Prévision 2010	Taux d'évolution	Écart à l'objectif	Prévision 2010	Taux d'évolution	Écart à l'objectif
Soins de ville	73,1	75,2	75,4	3,2%	0,2	75,3	2,9%	0,0
Établissements de santé	69,5	70,9	71,3	2,7%	0,4	71,0	2,2%	0,1
Établissements médico-sociaux	14,4	15,2	15,2	5,7%	0,0	15,1	5,0%	-0,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses pour personnes âgées	6,6	7,3	7,3	10,5%	0,0	7,2	8,9%	-0,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses pour personnes handicapées	7,8	7,9	7,9	1,7%	0,0	7,9	1,7%	0,0
Autres prises en charge	1,1	1,0	1,0	-1,6%	0,0	1,0	-1,6%	0,0
ONDAM TOTAL	158,0	162,4	163,0	3,2%	0,6	162,4	2,8%	0,0

NB : les taux d'évolution sont calculés à périmètre constant. Les réalisations de 2009 (158,4 Md€) sont donc ramenées au champ de celles de 2010 en tenant compte des modifications de périmètre intervenues entre 2009 et 2010 (-0,3 Md€).

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, rapport de juin 2010

Si les réalisations confirment ces prévisions, ce serait la première fois depuis 1997 que l'ONDAM est strictement respecté. En effet, comme le rappelle un récent rapport de M. Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie ⁽¹⁾, l'ONDAM a été dépassé de 2,44 % en moyenne entre 1998 et 2002, et de 0,74 % entre 2003 et 2009.

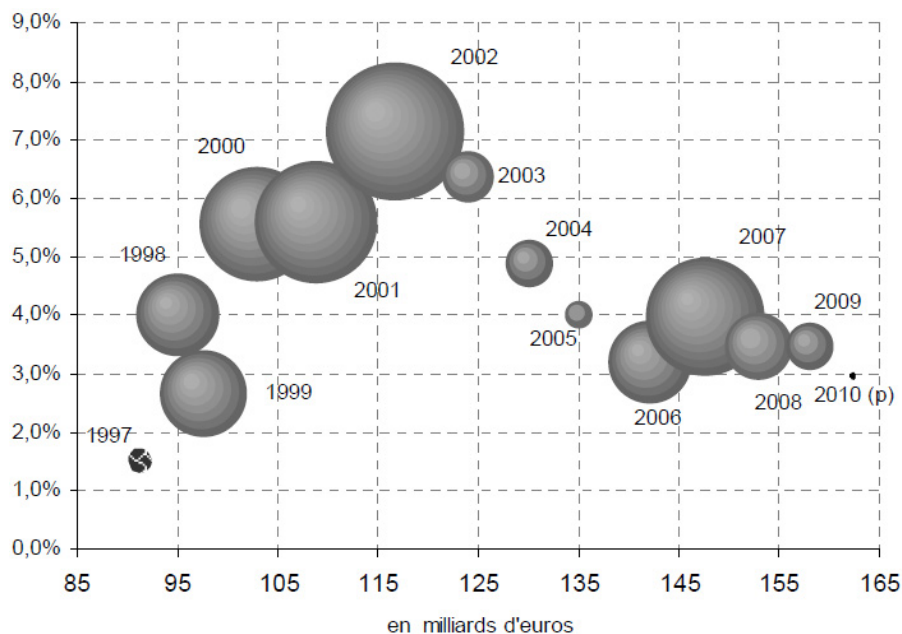
Il y a lieu de se féliciter de ce résultat à deux titres :

- comme le montre le graphique ci-après, le respect de l'objectif fixé pour 2010 rompt avec la série des dépassements qu'a connus cet objectif, ce qui contribue à renforcer la crédibilité de notre dispositif de régulation des dépenses ;

- la croissance des dépenses de santé, à 3 %, est légèrement inférieure à la croissance du produit intérieur brut (PIB) en valeur, estimé à 3,5 % environ, ce qui permet de stabiliser la part des dépenses de santé dans le PIB.

(1) Rapport remis au Premier ministre par le groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie présidé par M. Raoul Briet, avril 2010.

Évolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM en 2010



Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2010

b) Malgré des dynamiques différentes, toutes les composantes de l'ONDAM parviennent à être maîtrisées

- *L'ONDAM ambulatoire est respecté*

Selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale, les dépenses de soins de ville s'établiraient en 2010 à un niveau conforme à celui du sous-objectif relatif aux dépenses de soins de ville, c'est-à-dire à 75,2 milliards d'euros, soit 3,2 % de plus qu'en 2009.

Cette évolution est le résultat de plusieurs facteurs :

– un effet de base favorable, résultant d'une surévaluation des dépenses de l'exercice 2009 à hauteur de 220 millions d'euros ;

– un rendement moindre que prévu pour certaines mesures d'économies, comme les remises versées par les exploitants de médicaments remboursables, dont le produit est inférieur de 100 millions d'euros aux prévisions, ou la modification du mode de calcul des indemnités journalières, qui ne pourra être mise en œuvre qu'en décembre et dont le rendement n'atteindra pas les 70 millions d'euros escomptés ;

– la dynamique de certaines dépenses, comme les frais de prise en charge des cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux, revus à la hausse pour 50 millions d'euros.

• *La dynamique de l'ONDAM hospitalier est maîtrisée au moyen de la non délégation de certaines dotations*

Selon le rapport présenté en septembre 2010 à la Commission des comptes de la sécurité sociale, les dépenses hospitalières du champ de l'ONDAM connaîtraient une croissance de 2,3 % en 2010.

La dynamique de ces dépenses, plus forte que prévu, conduirait à un dépassement des deux sous-objectifs relatifs aux dépenses hospitalières d'une ampleur de 500 millions d'euros.

Pour compenser ce risque de dépassement, plusieurs dotations ont été mises en réserve. Il s'agit de :

– 300 millions d'euros au titre des crédits affectés aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ;

– 105 millions d'euros sur les crédits du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

La non délégation de ces enveloppes permettra de ramener le risque de dépassement de l'« ONDAM hospitalier » de 500 à 100 millions d'euros.

• *L'ONDAM médico-social a été réduit de 100 millions d'euros*

Par nature, les réalisations des dépenses retracées par les deux sous-objectifs de l'ONDAM concernant des dépenses médico-sociales, fixés à 7,3 milliards d'euros pour les dépenses en faveur des personnes âgées et à 7,9 milliards d'euros pour les dépenses en faveur des personnes handicapées, ne peuvent pas s'écarter des prévisions, car ces crédits constituent une dotation limitative déléguée par les régimes obligatoires d'assurance maladie à la CNSA.

Toutefois, la dotation relative aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées a fait l'objet d'une réduction de 100 millions d'euros.

Suivant les principales recommandations du rapport d'enquête précité de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ainsi que du rapport précité de Mme Bérengère Poletti, le Gouvernement a en effet pris plusieurs mesures tendant à améliorer le pilotage des crédits médico-sociaux. Il a notamment été décidé de modifier les règles de budgétisation des crédits de la CNSA, en calculant le montant des dotations de l'assurance maladie non plus à partir des autorisations d'engagement dont dispose la CNSA pour l'année, mais à partir des crédits de paiements nécessaires.

Cette dernière règle sera appliquée à partir de 2011. La transition entre les deux modes de budgétisation aura pour conséquence une sous-consommation de certaines lignes de crédits au titre de l'exercice 2010. Ainsi, le décalage entre la programmation des dépenses (notamment les ouvertures de places) et leur réalisation permet à la CNSA de restituer 100 millions d'euros à l'assurance maladie au titre de sa contribution aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées. Ce « débasage » a conduit à ramener le montant de cette contribution de 7,3 à 7,2 milliards d'euros, soit 8,9 % de plus qu'en 2009.

Cette mesure est par nature transitoire, et sans conséquence pour la prise en charge des personnes âgées. En effet, le montant ainsi restitué est réintégré dans la base de construction de l'ONDAM pour 2011 (*cf. supra*).

B. À LA FOIS RÉALISTE ET VOLONTARISTE, L'ONDAM POUR 2011 PERMET LE FINANCEMENT SOLIDAIRE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Dans un contexte particulièrement tendu pour les finances publiques, le choix fait par le Gouvernement de fixer l'ONDAM à un niveau s'inscrivant dans la lignée des réalisations des années précédentes marque clairement sa volonté de ne pas sacrifier le caractère solidaire du financement de notre système de santé.

1.- L'ONDAM est fixé pour 2011 à un niveau réaliste et raisonnable

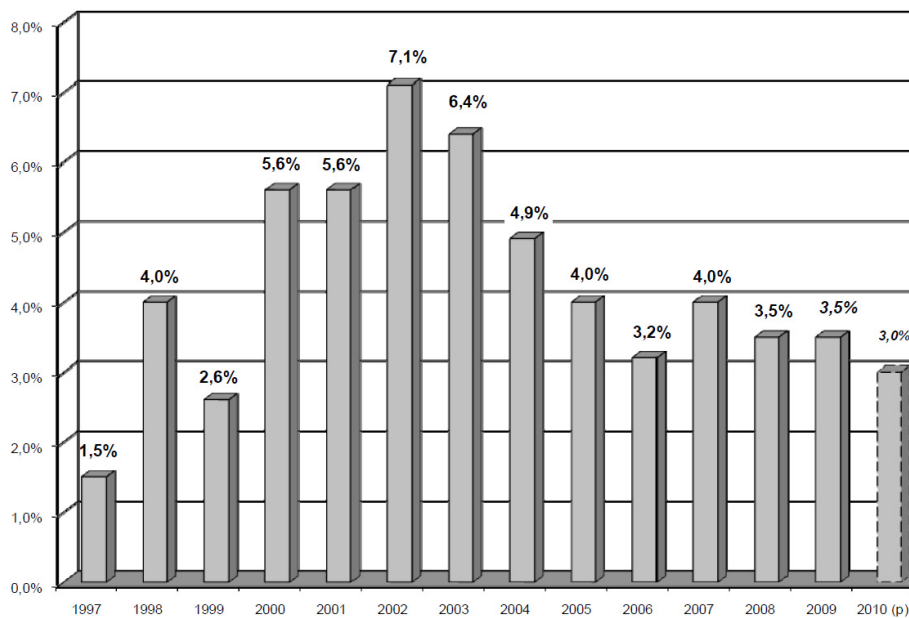
a) Un ONDAM cohérent avec la décélération tendancielle de la croissance des dépenses de santé

Le projet de loi tend à fixer l'ONDAM à 167,1 milliards d'euros pour 2010, ce qui représente une progression de 2,9 % par rapport à l'exercice 2009.

Bien qu'il soit légèrement inférieur au rythme de progression des dépenses de santé en 2010, estimé à 3,0 % par le rapport présenté à la commission des comptes de la sécurité sociale le 28 septembre 2010, ce taux-cible de croissance des dépenses de santé est cohérent avec l'évolution récente des dépenses du champ de l'ONDAM.

En effet, depuis 2002, la croissance de ces dépenses est marquée par une décélération tendancielle, comme le montre le graphique ci-après.

Évolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM depuis 1997



Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2010

Par ailleurs, notre politique de maîtrise des dépenses de santé repose en large partie sur des politiques d'aménagement de l'offre de soins, tendant à favoriser le développement des pratiques et des structures de soins les plus efficaces. De ce point de vue, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – dite « HPST » – comporte plusieurs mesures structurantes.

Elle a notamment créé les agences régionales de santé (ARS) pour favoriser un pilotage décloisonné de l'offre de soins. Un tel pilotage est en effet indispensable pour rééquilibrer l'offre de soins en faveur des prises en charge ambulatoires, dont la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) souligne bien, dans les propositions qu'elle a transmises au Parlement sur les charges et les produits de l'assurance maladie pour l'année 2011, qu'elles sont souvent plus efficaces.

Les agences régionales de santé ont d'ailleurs commencé à élaborer les nouveaux schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), qui leur permettront de planifier les restructurations nécessaires à la recherche d'une plus grande efficacité et d'une plus grande qualité de l'offre de soins hospitaliers.

Enfin, même si le taux-cible de croissance de l'ONDAM, pris globalement, est légèrement inférieur au taux fixé pour 2010, il est à noter que les taux-cible de progression de l'ONDAM ambulatoire et de l'ONDAM hospitalier sont stables, à 2,8 %.

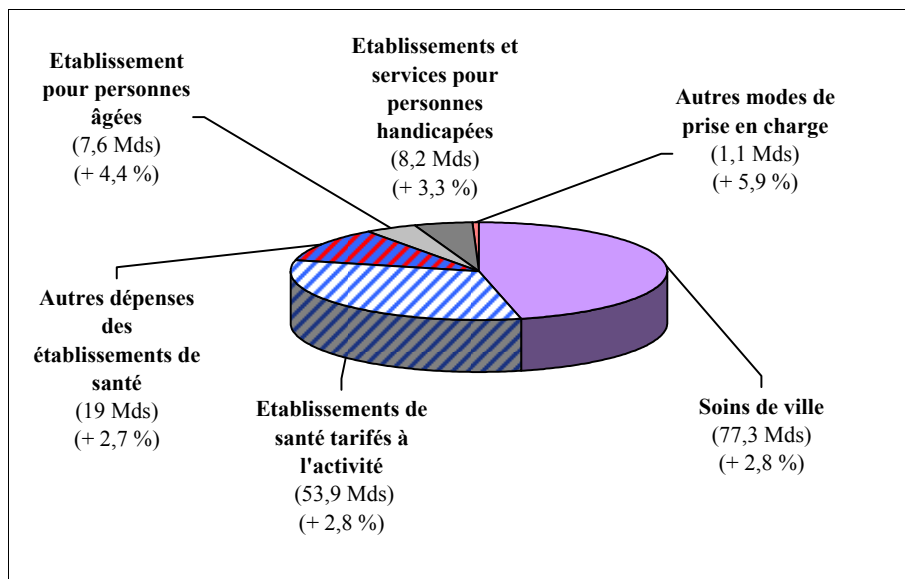
b) Un ONDAM composé de façon équilibrée

Le nombre des sous-objectifs de l'ONDAM restera inchangé en 2011, de même que leurs intitulés. La ventilation de l'ONDAM n'a donc pas changé depuis 2006, ce qui facilite le suivi de l'évolution des dépenses.

- *Un ONDAM équilibré entre la ville et l'hôpital*

A l'instar de ce qui a été prévu par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2009 et pour 2010, le présent projet de loi propose de fixer le même taux-cible de croissance à l'ONDAM ambulatoire et à l'ONDAM hospitalier, soit 2,8 %, comme le montre le graphique ci-après.

***Décomposition de l'ONDAM pour 2011
tel qu'il est proposé par l'article 46 du projet de loi***



Ainsi, le sous-objectif des dépenses de soins de ville devrait atteindre 77,3 milliards d'euros en 2011 contre 75,2 milliards d'euros en 2010, tandis que les deux sous-objectifs consacrés aux établissements de santé, concernant pour l'un les dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité et pour l'autre les autres établissements, sont fixés respectivement à 53,9 milliards d'euros contre 52,4 milliards d'euros en 2010, et à 19 milliards d'euros au lieu de 18,5 milliards d'euros en 2010.

- *Un ONDAM médico-social mieux maîtrisé, sans préjudice pour la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées*

Les deux sous-objectifs composant l'ONDAM médico-social voient leurs montants progresser en 2011 :

– le montant du sous-objectif relatif aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées est fixé à 7,6 milliards d’euros pour 2011, contre 7,2 milliards réalisés et 7,3 milliards d’euros prévus en 2010, ce qui représente une progression de 4,4 % par rapport à l’objectif fixé pour 2010, et de 5,5 % par rapport aux réalisations de cet exercice.

– le montant du sous-objectif relatif aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées est porté de 8 milliards à 8,2 milliards d’euros, soit une croissance de 3,3 %.

Ces taux de progression sont légèrement inférieurs à la moyenne des années précédentes, tout en restant supérieurs au rythme de progression de l’ONDAM pris globalement.

Il est d’ailleurs à noter que depuis plusieurs années, l’ONDAM médico-social – et particulièrement le sous-objectif relatif aux personnes âgées – connaît une croissance nettement plus forte que les autres composantes de l’ONDAM, comme le montre le tableau ci-après.

L’évolution comparée du taux d’évolution annuelle de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (ONDAM) et de l’ONDAM médico-social entre 2007 et 2010

(En %)

	2007	2008	2009	2010	2011
ONDAM	4,0 %	5,0%	3,3 %	3,0 %	2,9 %*
Sous-objectif relatif aux personnes handicapées	6,6 %	6,4 %	6,17 %	1,7 %	3,3 %
Sous-objectif relatif aux personnes âgées	8,2 %	7,9 %	8,07 %	8,9 %	4,4 %** 5,5 %***

* : prévision

** : par rapport au sous-objectif initialement fixé

*** : par rapport aux réalisations

Source : Rapport d’information n° 2687 de Mme Bérengère Poletti sur les missions et l’action de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie, 30 juin 2010, et projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011

● *Une croissance dynamique des autres modes de prises en charge*

Le montant du sous-objectif relatif aux « autres modes de prise en charge » passerait d’un milliard d’euros en 2010 à 1,1 milliard d’euros en 2011, soit une croissance de 5,9 %, ce qui est conforme à son évolution tendancielle, telle que l’annexe 7 au présent projet de loi la décrit.

2.- L’ONDAM s’inscrit dans une stratégie volontariste de maîtrise des dépenses publiques

Si l’ONDAM proposé pour 2011 est crédible, il n’en suppose pas moins la réalisation d’un plan d’économies ambitieux mais indispensable, compte tenu de l’état de nos finances publiques.

a) L'ONDAM pour 2011 s'inscrit dans une stratégie globale de maîtrise des dépenses publiques, sans être pour autant un « ONDAM d'austérité »

L'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 s'inscrit dans le cadre d'une situation particulièrement dégradée de nos finances publiques. Pour ramener le déficit des comptes publics à 3 % du produit intérieur brut (PIB) en 2013, le Gouvernement a élaboré une stratégie de réduction des déficits qui repose, pour une large part, sur des efforts de maîtrise des dépenses publiques. Compte tenu de leur importance, celles qui relèvent du champ de l'ONDAM ne peuvent pas échapper à ces efforts.

C'est pourquoi, dans le cadre du débat d'orientation des finances publiques pour 2011, le Gouvernement a proposé une décélération progressive de la croissance de l'ONDAM, dont le rythme passerait de 3 % en 2010 à 2,9 % en 2011 puis à 2,8 % en 2012. L'article 8 du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 tend à mettre en œuvre cette mesure.

Ce rythme de progression permet de garantir la pérennité de notre système de santé et de son financement solidaire. Il ne s'agit en aucun cas d'un ONDAM « d'austérité ».

b) Le « bouclage » de l'ONDAM pour 2011 repose sur un plan d'économies de 2,4 milliards d'euros

Le « bouclage » de l'ONDAM repose sur un ensemble de mesures d'économies dont le rendement est estimé à 2,4 milliards d'euros.

Dans un souci d'équilibre et d'équité, ces mesures mettent à contribution l'ensemble des acteurs du système de santé : l'industrie pharmaceutique, les professionnels de santé, les établissements de santé et les assurés sociaux.

Ces mesures s'inscrivent dans la lignée de la politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé dont la loi n° 2009-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a établi les fondements. Elles comprennent plusieurs volets, présentés par l'annexe 9 au présent projet de loi, conformément aux dispositions de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale.

• Des actions de gestion du risque et de maîtrise médicalisée des dépenses de santé en ville

La politique de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie consiste à promouvoir les soins les plus efficaces, c'est-à-dire à observer la plus stricte économie de moyens compatible avec la qualité des soins délivrés aux assurés sociaux.

Dans le prolongement de ce qui est entrepris depuis 2005, les actions de maîtrise médicalisée portent notamment sur les prescriptions d'arrêts de travail, d'actes médicaux, d'examens de biologie, de soins paramédicaux et de transports sanitaires. Elles pourront s'appuyer sur les recommandations médico-économiques de la Haute Autorité de santé sur le bon usage des médicaments, élaborées depuis 2008.

Seront aussi mis en œuvre de nouvelles actions, visant à ce que les pratiques des médecins se rapprochent des référentiels validés par la Haute Autorité de santé portant, respectivement, sur les durées d'arrêts de travail concernant six pathologies fréquentes et sur le nombre d'actes de masso-kinésithérapie en série dans six cas de rééducation. Ces référentiels ont été élaborés en application des précédentes lois de financement de la sécurité sociale.

Il est aussi prévu de rendre forfaitaire la prise en charge des dispositifs d'autocontrôle du diabète, sur la base des recommandations de la Haute Autorité de santé. Le rendement attendu de cette mesure s'élève à 35 millions d'euros.

Le bouclage de l'ONDAM prend aussi en compte le ralentissement structurel des dépenses de médicaments, lié notamment au développement des médicaments génériques, dont l'impact en 2011 est évalué à 70 millions d'euros.

- *La recherche d'une efficience accrue des soins hospitaliers*

Le développement d'actions visant à améliorer l'efficience de la production de soins hospitaliers, notamment sous l'égide de la nouvelle Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), devrait permettre de dégager 205 millions d'euros de marges de manœuvre.

En outre, la convergence de certains tarifs hospitaliers entre le secteur public et le secteur privé devrait permettre 150 millions d'euros d'économies.

- *Des baisses de tarifs pour certaines spécialités*

Comme les années précédentes, il est prévu d'ajuster les tarifs des actes pour la réalisation desquels des gains de productivité importants ont été réalisés. Il s'agit d'éviter ainsi la constitution de rentes, au détriment des régimes obligatoires d'assurance maladie.

A ce titre, les tarifs des actes de radiologie et des examens biologiques seront revus à la baisse, pour un rendement d'environ 200 millions d'euros.

- *Des baisses de prix pour certains médicaments*

Dans le cadre de la gestion conventionnelle des tarifs des spécialités pharmaceutiques par le Comité économique des produits de santé (CEPS), il est prévu de baisser le prix de certains médicaments, pour un rendement de 550 millions d'euros.

• *Des mesures visant à recentrer les remboursements sur les soins les plus utiles médicalement*

Selon l'annexe 9, il est envisagé de porter de 91 à 120 euros le seuil à partir duquel un ticket modérateur forfaitaire est appliqué sur les actes coûteux, en ville comme à l'hôpital. En effet, ce seuil a été fixé à 91 euros en 1992, et jamais réévalué depuis en dépit d'une progression importante de l'indice des prix. Son augmentation jusqu'à 120 euros ne fait ainsi que répercuter sur ce seuil une partie de l'inflation constatée depuis 1992. L'économie en résultant pour l'assurance maladie est évaluée à 95 millions d'euros.

De plus, il est envisagé de réduire, de 35 % à 30 %, le taux de prise en charge par les régimes de base des médicaments dont le service médical rendu est classé comme faible. Il est aussi prévu de ramener à 60 % le taux de remboursement des dispositifs médicaux actuellement pris en charge à 65 %. L'économie permise par ces mesures est évaluée à 195 millions d'euros.

En outre, il est envisagé de supprimer l'hypertension artérielle sévère (HTA) de la liste des affections de longue durée (ALD) ouvrant droit à la suppression du ticket modérateur. Cette mesure avait été évoquée par votre rapporteur dans le cadre des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur les ALD⁽¹⁾. Les statistiques présentées par la MECSS montrent en effet que cette hypertension, qui est reconnue comme une ALD pour près d'un million de personnes, s'apparente à un facteur de risque plutôt qu'à une pathologie avérée. Le rapport remis au Parlement par la CNAMTS sur les produits et les charges des régimes obligatoires pour 2011 souligne d'ailleurs que la majorité des 7 millions de patients traités pour HTA isolée ne bénéficient pas du régime des ALD. Il juge aussi les critères de reconnaissance de l'hypertension artérielle sévère comme ALD « *insuffisamment précis et, par ailleurs, difficilement vérifiables a posteriori du fait des traitements hypotenseurs* ». Il est envisagé de ne plus admettre de nouvel assuré au bénéfice du régime des ALD au titre de la HTA, ce qui doit permettre une économie de 20 millions d'euros.

Dans la même optique de recentrage des dépenses d'assurance maladie sur les actes et prestations les plus utiles médicalement, il est envisagé de ne plus prendre en charge systématiquement les dépenses de transport des personnes reconnues atteintes d'une ALD. Les transports sanitaires de ces malades ne seront donc pris en charge que si leur état de santé le justifie. L'économie attendue de cette mesure s'élève à 20 millions d'euros.

Le tableau ci-après récapitule les mesures d'économies prévues et leur rendement escompté.

(1) Cf. le rapport d'information n° 1271, présenté par M. Jean-Pierre Door en conclusion des travaux de mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les affections de longue durée.

Mesures d'économies prévues pour le « bouclage » de l'ONDAM pour 2011

en millions d'euros

	Régime général	Tous régimes
Mesures d'économies intégrées à l'ONDAM 2011	2 032	2 390
Baisse de prix des produits de santé	425	500
Ralentissement structurel des dépenses de médicaments (générations,...)	60	70
Mise en place d'un forfait pour les bandelettes	30	35
Abaissement du taux K à 0,5%	43	50
Baisse de tarifs de certains professionnels de santé	170	200
Maîtrise médicalisée	468	550
Réforme ALD sur l'hypertension artérielle	17	20
Fin de la prise en charge automatique des transports à 100% pour les ALD	17	20
Passage de 91 à 120 € du seuil d'application du forfait de 18 €	81	95
Passage à 30% des médicaments remboursés actuellement à 35%	81	95
Passage à 60% des dispositifs médicaux remboursés actuellement à 65%	85	100
Convergence tarifaire ciblée	128	150
Optimisation de la performance hospitalière	174	205
Passage du secteur médico-social à une logique AE/CP	255	300

Source : annexe 9 au présent projet de loi

c) Le projet de loi renforce la procédure de suivi et de pilotage des dépenses d'assurance maladie tout au long de l'année

• **Le dispositif actuel de pilotage des dépenses d'assurance maladie**

Institué par la loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 prise en application de l'article 47-1 de la Constitution, inséré par la loi constitutionnelle n° 96-138 du 22 février 1996, l'ONDAM a permis un suivi plus démocratique de l'évolution des dépenses d'assurance maladie et de la politique de gestion du risque maladie. Voté par le Parlement, il rassemble en effet les dépenses des branches maladie et accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) sur lesquelles une politique de maîtrise doit s'exercer.

Ce dispositif a été renforcé par des mesures visant à améliorer le suivi et le pilotage des dépenses d'assurance maladie en cours d'exercice :

– l'article 40 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, codifié à l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, a créé une « procédure d'alerte ».

Suivant cette procédure, un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie doit se prononcer en cours d'exercice sur la conformité de l'évolution des dépenses à l'objectif. En cas de risque de dépassement de l'ONDAM d'une ampleur excédant 0,75 % du montant fixé pour l'ONDAM par le Parlement, ce comité doit alerter le Parlement, le Gouvernement, ainsi que les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes

d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), ces dernières devant proposer des « mesures de redressement » soumises à l'évaluation du comité.

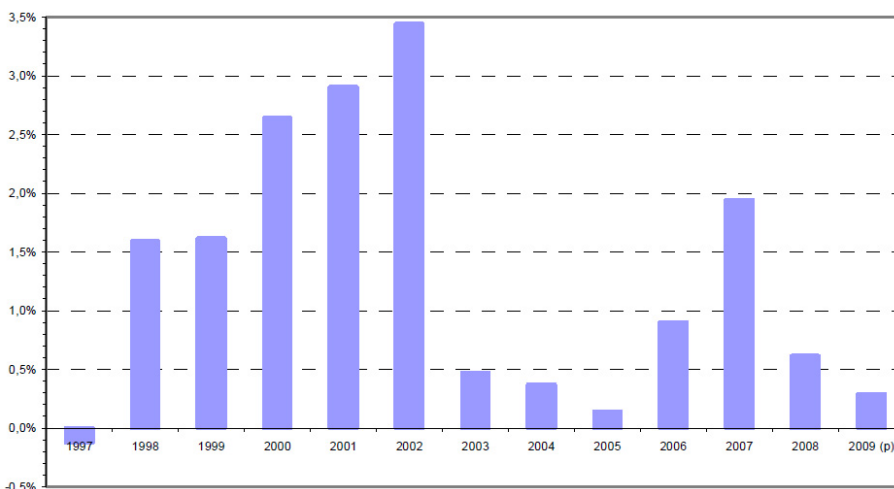
– la loi organique n°2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a amélioré l'information du Parlement et la présentation de la construction, de la ventilation et du suivi de l'ONDAM.

– l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, dont les dispositions concernées sont codifiées à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, a créé deux « stabilisateurs automatiques » destinés à limiter les risques de dépassement de l'ONDAM résultant des négociations conventionnelles. Il instaure en effet, d'une part, une période d'observation de six mois avant l'entrée en vigueur de toute revalorisation conventionnelle de tarifs et prévoit, d'autre part, la suspension de toute mesure conventionnelle de revalorisation tarifaire lorsque la procédure d'alerte est mise en œuvre.

● *Les limites des procédures actuelles de pilotage des dépenses*

Malgré ces dispositions, l'ONDAM a connu des dépassements aussi fréquents qu'importants : il n'a été respecté qu'en 1997 et en 2010, et dépassé de 2,44 % en moyenne entre 1998 et 2002, puis de 0,74 % en moyenne depuis 2003, comme le montre le graphique ci-après. Le risque de dépassement de l'ONDAM est inhérent à la nature des dépenses placées dans son champ, qui pour la plupart ne procèdent pas d'une allocation de crédits à caractère limitatif, mais de l'exercice de droits par les assurés sociaux.

L'évolution du dépassement annuel de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de l'ONDAM médico-social entre 2007 et 2010



Source : Annexe n° 1 au présent projet de loi, Programme de qualité et d'efficacité relatif à la branche maladie

La situation de nos finances publiques rendant plus nécessaire que jamais la maîtrise des dépenses publiques, y compris des dépenses d'assurance maladie, un groupe de travail a été réuni en 2010 autour de M. Raoul Briet pour analyser les insuffisances de notre système de pilotage de ces dépenses et proposer des moyens d'y remédier, afin d'assurer un meilleur respect de l'ONDAM.

Les travaux de ce groupe de travail ⁽¹⁾, complétés par les analyses de la Cour des comptes dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, ont permis de mettre en évidence plusieurs points perfectibles dans ce dispositif :

– les dépenses de l'année $n-1$, qui servent de base à la construction de l'ONDAM pour l'année n , sont régulièrement sous-évaluées. Il en résulte des effets de base négatifs, qui rendent difficile le respect de l'objectif fixé pour l'année n ;

– les hypothèses d'évolution tendancielle des dépenses de santé et de rendement des mesures d'économies prévues dans le « bouclage » de l'ONDAM ne sont pas explicitées avec précision, ce qui peut conduire le Parlement à voter un ONDAM trop ambitieux ;

– le pilotage de l'ONDAM n'est pas suffisamment institutionnalisé. Notamment, les principaux « rendez-vous » de suivi des dépenses ne sont pas assez fréquents et leur échelonnement dans l'année ne coïncide pas avec le calendrier de production des données comptables ;

– les instruments actuels de régulation infra-annuelle des dépenses ont une efficacité limitée, car ils sont souvent mis en œuvre trop tard dans l'année et reposent principalement sur des mesures de régulation *ex post*, comme les baisses de tarif ou de prise en charge décidées en cours d'année.

● *Les propositions du groupe de travail présidé par M. Raoul Briet*

Le rapport précité de M. Raoul Briet formule dix propositions principales visant à renforcer le pilotage de l'ONDAM, que présente l'encadré ci-après.

(1) Rapport remis au Premier ministre par le groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie présidé par M. Raoul Briet, avril 2010.

Les recommandations de M. Raoul Briet

Dix propositions principales sont formulées.

Trois concernent l'élaboration et le vote de l'ONDAM et visent à accroître sa crédibilité vis-à-vis de l'ensemble des acteurs concernés :

N°1 : Organiser via le Comité d'alerte, une expertise externe sur les hypothèses techniques sous tendant la construction de l'ONDAM avant le vote de la LFSS.

N°2 : Rassembler dans une annexe au PLFSS les informations détaillées sur l'exécution de l'ONDAM de l'année en cours, ainsi que les hypothèses techniques faites par la construction de l'ONDAM de l'année à venir (décomposition du tendancier et présentation détaillée des mesures correctrices et de leur impact).

N°3 : Insérer davantage le vote de l'ONDAM dans une perspective pluri-annuelle ; dans un premier temps, à travers la mention à caractère informatif mais précisément justifiée des niveaux de l'ONDAM envisagés pour les années N+ 2 et N + 3 ; en explorant, dans un second temps, la faisabilité d'une loi de programmation triennale permettant de traiter, en lien avec la politique de santé, des questions de régulation à caractère structurel.

Quatre propositions visent à rénover le cadre qui régit la gouvernance actuelle de l'ONDAM afin de prévenir plus efficacement les risques de dépassement :

N°4 : Instaurer un Comité de pilotage de l'ONDAM se réunissant régulièrement tantôt au niveau des Ministres (de la Santé et des Comptes publics), tantôt au niveau des Directeurs concernés, lui donner un fondement légal et tenir régulièrement informées de ses travaux les commissions compétentes du Parlement.

N° 5 : Renforcer le suivi statistique et comptable de l'ONDAM et rassembler dans une même entité (le groupe de suivi statistique) l'ensemble des acteurs de la production de données.

N° 6 : Augmenter la fréquence des avis obligatoires du Comité d'alerte en prévoyant un tel avis dès la mi-avril (incidences des résultats connus de l'année antérieure sur le respect de l'ONDAM de l'année en cours)

N° 7 : Abaisser progressivement le seuil d'alerte à 0,50% de l'ONDAM afin d'inciter l'ensemble des acteurs à une gestion préventive et continue des risques de dépassement.

Les trois dernières propositions visent à doter cette gouvernance renouvelée d'outils complémentaires visant principalement à prévenir les dépassements et, dans les cas exceptionnels d'alerte, à assurer la mise en oeuvre la plus rapide possible des mesures décidées :

N° 8 : Conditionner, sous la responsabilité du Comité de pilotage, la mise en oeuvre de tout ou partie des mesures nouvelles contenues dans la LFSS (ainsi que de celles susceptibles d'être décidées en cours d'année) au respect de l'ONDAM.

N° 9 : Instaurer des mécanismes systématiques de mise en réserve en début d'année de dotations s'apparentant à des crédits budgétaires, les décisions de dégel total ou partiel, ou d'annulation, étant prises en cours d'année par le Comité de pilotage.

N° 10 : Prévoir en cas d'alerte des mécanismes de décision adaptés et des procédures de consultation simplifiées afin d'assurer la mise en oeuvre effective rapide des mesures correctrices.

• *La mise en œuvre des propositions de M. Raoul Briet par le projet de loi*

Les conclusions formulées par le groupe de travail réuni autour de M. Raoul Briet ont été validées lors de la conférence sur les déficits réunie le 20 mai 2010 par le Président de la République.

Le présent projet de loi propose de mettre en œuvre les deux mesures du rapport qui nécessitent une modification législative. Il prévoit ainsi d'élargir les prérogatives du comité d'alerte, qui sera chargé des missions supplémentaires suivantes :

– émettre un premier avis sur la base de construction de l'ONDAM dès le 15 avril de l'exercice en cours, date à laquelle sont consolidées les dépenses de l'année précédente, qui servent de base à la construction de l'ONDAM ;

– expertiser les hypothèses sous-tendant la construction de l'ONDAM et, en cas d'erreur manifeste affectant la sincérité de l'objectif, émettre un avis avant l'examen du projet de loi par le Parlement.

Les autres recommandations de M. Raoul Briet pourront être mises en œuvre soit par voie réglementaire, soit par d'autres textes législatifs.

Notamment, l'article 8 du projet de loi de programmation des finances publique pour les années 2011 à 2014 prévoit que l'ONDAM sera fixé à un niveau correspondant à un rythme de croissance de 2,8 % de 2011 à 2014, conformément aux annonces faites par le président de la République dès le 20 mai 2010.

En outre, conformément aux préconisations de M. Raoul Briet, un comité de pilotage de l'ONDAM et un groupe de suivi statistique ont été constitués dès l'été 2010, et le Gouvernement a fait connaître son intention d'abaisser le seuil de déclenchement de la procédure d'alerte de 0,75 % du montant de l'ONDAM à 0,5 % dès que le dispositif de pilotage décrit par M. Raoul Briet sera opérationnel.

Surtout, comme le recommandait le groupe de travail présidé par M. Raoul Briet, l'article 8 du projet de loi de programmation des finances publique pour les années 2011 à 2014 prévoit que « *pour garantir le respect des montants [de l'ONDAM fixés pour les années 2011 à 2014], une partie des dotations relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie est mise en réserve au début de chaque exercice* ». Au titre de l'exercice 2011, ce sont ainsi 530 millions d'euros de crédits qui seront mis en réserves, et dont la délégation sera conditionnée au respect de l'ONDAM.

II.- LES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE

A. LA GESTION DE PLUSIEURS ORGANISMES FINANCÉS PAR LES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE EST CLARIFIÉE ET SIMPLIFIÉE

1. Le projet de loi règle les conséquences financières de la gestion de l'épidémie de grippe A (H1/N1)

L'article 6 du projet de loi prend en compte la réévaluation à la baisse de l'impact financier sur l'exercice 2009 de l'épidémie de grippe A (H1/N1) et garantit le respect des conditions de financement de l'Établissement de prévention et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) sur la période 2007-2009.

Au 1^{er} mai 2009, les dépenses programmées par l'EPRUS en vue de faire face à l'épidémie de grippe A (H1/N1) excédaient le milliard d'euros, et intégraient notamment 807 millions d'euros au titre de l'achat de vaccins. Cependant, ces dépenses ont été revues à la baisse et sont désormais estimées à 337 millions d'euros.

Cet écart entre les prévisions de dépenses et leurs réalisations a conduit à ce que l'assurance maladie contribue plus qu'elle n'aurait du, sur la période 2007-2009, au financement de la constitution par l'EPRUS des stocks de produits de santé nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves.

Ainsi, les contributions de l'assurance maladie au titre des années 2007 à 2009 s'établissent au total à 568,3 millions d'euros, alors que l'EPRUS n'a engagé que 473,3 millions d'euros de dépenses de produits de santé. Or, la contribution de l'assurance maladie est plafonnée à 50% de ces dépenses : ce plafond est donc dépassé pour la période 2007-2009.

En conséquence, il est prévu que l'EPRUS restitue 331 630 491 euros à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), qui sera chargée de la répartition de cette somme entre les différents régimes contributeurs.

Par ailleurs, l'article 3 du projet de loi porte rectification du montant de la contribution exceptionnelle des organismes d'assurance maladie complémentaire au financement des mesures de préparation et de réponse à une pandémie de grippe A (H1/N1).

Dans la mesure où la campagne de vaccination contre la grippe A (H1/N1) a été organisée suivant des modalités logistiques ne permettant pas la mise en œuvre des dispositifs usuels de remboursement des frais de santé, une contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie a été instaurée par l'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, contribution dont le

produit correspond à 35% des dépenses engagées au titre de l'achat de vaccins, soit le total des tickets modérateurs sur les vaccins que les organismes complémentaires auraient pris en charge si la procédure habituelle de remboursement avait pu être suivie.

Le taux de cette contribution était initialement fixé à 0,94 % et correspondait à un produit de 300 millions d'euros – soit 35% des dépenses d'achat de vaccins, alors évaluées à 807 millions d'euros. Toutefois, les réévaluations à la baisse du coût de l'épidémie (*cf. supra*) ont conduit à l'abaissement dudit taux : dès la loi de finance rectificative pour 2009, il a été fixé à 0,77%, le produit de la contribution atteignant ainsi 250 millions d'euros ; à la suite de l'annulation d'une partie des commandes passées par l'EPRUS, il est prévu de ramener le taux de la contribution à 0,34%.

Cette rectification devrait ramener le produit de la contribution à 110 millions d'euros. Considérant que 130 millions d'euros ont déjà été prélevés auprès des organismes complémentaires, une régularisation du trop-perçu apparaît nécessaire.

Enfin, les articles 6 et 44 du présent projet de loi fixent le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'EPRUS au titre des dépenses de produits de santé à 170 millions d'euros pour 2010 et à 20 millions d'euros pour 2011.

Ces dotations s'inscrivent dans le cadre d'une programmation triennale des dotations de l'assurance maladie au titre des dépenses de produits de santé de l'EPRUS pour les exercices 2010 à 2012 d'un montant de 200,6 millions d'euros, réparties comme suit : 170 millions d'euros pour 2010 ; 20 millions d'euros pour 2011 ; 10,6 millions d'euros pour 2012.

Il convient de rappeler que compte tenu de l'activité même de l'Établissement, cette programmation est susceptible d'être sujette à révision.

2. Le dispositif d'indemnisation des contaminations par le virus de l'hépatite C causées par des transfusions sanguines est simplifié

Afin d'éviter les délais et les frais inhérents à une action contentieuse pour les victimes d'une contamination par le virus de l'hépatite C consécutive à une transfusion sanguine ou à une injection de médicaments dérivés du sang, l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu une procédure d'indemnisation à l'amiable de leurs dommages par l'Office national indemnisation des victimes des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

La mise en place de ce dispositif a eu pour corollaire le versement par l'Établissement français du sang (EFS) d'une dotation à l'ONIAM, afin de couvrir les dépenses relatives aux indemnisations. Toutefois, la mission d'audit de révision générale des politiques publiques a révélé des difficultés afférentes à la

gestion de cette substitution de l'ONIAM à l'établissement, soulignant par ailleurs qu'il était nécessaire d'assainir la situation financière de ce dernier. Dès lors s'est imposée la nécessité de simplifier la gestion de la procédure d'indemnisation à l'amiable.

Ainsi, l'article 39 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 propose notamment :

– de permettre à l'Office d'appeler directement en garantie l'assureur couvrant la responsabilité civile de l'établissement de transfusion sanguine responsable de la contamination, afin d'obtenir le remboursement des indemnités qu'il versera ;

– de rendre les transactions conclues entre l'ONIAM et la victime d'une contamination par le virus de l'hépatite C « *opposable à l'assureur ou, le cas échéant, au responsable des dommages* » ;

– d'étendre les possibilités pour l'ONIAM d'exercer un recours subrogatoire contre l'établissement responsable du dommage ou son assureur.

Par ailleurs, afin de préserver la situation financière de l'EFS, il est prévu de supprimer la dotation de l'Établissement couvrant les dépenses d'indemnisation de l'ONIAM.

Ces dépenses de l'Office seront désormais compensées par la dotation globale que lui versent les régimes obligatoires d'assurance maladie, et dont l'article 45 du projet de loi fixe le montant à 45 millions d'euros pour 2011.

Cette mesure clarifie le circuit financier actuel, dans lequel les dépenses d'indemnisation reviennent déjà à la charge finale de l'assurance maladie, car l'EFS a compensé ses charges d'indemnisation par une majoration du prix de ses produits sanguins labiles, pris en charge par les caisses.

B. L'AIDE AU PAIEMENT D'UNE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DE SANTÉ EST ÉTENDUE

L'article 18 du projet de loi élargit les conditions d'éligibilité à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS).

Cette aide est versée à son bénéficiaire sous forme de bon d'achat – appelé « chèque-ACS » – à faire valoir pour la souscription d'un contrat d'assurance maladie complémentaire. Son montant varie selon l'âge du bénéficiaire, de 100 euros par an pour une personne âgée de moins de seize ans, à 200 euros pour une personne âgée de 16 à 49 ans, 350 euros par personne âgée de 50 à 59 ans, et 500 euros par personne âgée de 60 ans et plus. L'aide couvre ainsi, en moyenne, près de la moitié du coût de la couverture complémentaire du risque maladie de ses bénéficiaires.

Ce dispositif a été institué par l'article 56 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie pour corriger l'effet de seuil résultant du plafond de ressources qui limite l'accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). En effet, les personnes éligibles à l'aide sont celles dont les revenus sont supérieurs au plafond de ressources de la CMU-C, sans pour autant le dépasser de plus de 20 %. Pour une personne seule, le plafond de ressources de l'aide atteint donc 9134 euros par an, soit 761,17 euros par mois.

Actuellement, ce plafond de ressources est supérieur aux montants maximaux de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA, dit encore « minimum vieillesse ») et l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Or ces deux allocations sont appelées à être revalorisées de 25 % d'ici 2012, de façon progressive, ce qui aurait pour effet d'exclure leurs allocataires du bénéfice de l'aide, alors qu'ils constituent un public pour lequel une prise en charge complète des dépenses de santé est particulièrement nécessaire.

L'article 34 du projet de loi propose par conséquent d'élever le plafond de ressources de l'aide en deux temps :

– en le portant à 26 % de plus que le plafond de la CMU-C au 1^{er} janvier 2011, au lieu de 20 % actuellement ;

– puis en le portant à 30 % de plus que le plafond de la CMU-C à compter du 1^{er} janvier 2012.

Cette hausse permettra de conserver aux allocataires du minimum vieillesse et de l'allocation aux adultes handicapés le bénéfice de l'ACS. Elle contribuera aussi à faciliter l'accès des personnes aux revenus modestes à la couverture complémentaire. En effet, 6 % des personnes sont encore dépourvues d'une telle couverture, ce taux atteignant 20 % pour le premier décile de revenus.

C. LES OUTILS DE RÉGULATION DES SOINS DE VILLE SONT RENFORCÉS

1. De nouveaux outils de régulation des dépenses d'assurance maladie sont institués

a) Une procédure de révision régulière de la nomenclature des actes et prestations remboursables

L'article 35 propose que tout acte nouvellement inscrit sur la liste des actes et prestations admis au remboursement par l'assurance maladie fasse l'objet d'une révision périodique, tous les cinq ans.

Cette liste est fixée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) après avis de la Haute Autorité de santé (HAS), sous le contrôle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est actuellement constituée de deux nomenclatures : la classification commune des actes médicaux (CCAM)

pour les actes techniques, et pour les actes cliniques, la nomenclature générale des actes et des prestations (NGAP) qui n'a pas été remplacé par la CCAM en 2005.

Ces nomenclatures établissent une hiérarchisation des actes et prestations, selon des règles définies par des commissions de hiérarchisation des actes et des prestations (CHAP) composées de représentants des professions concernées et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Les tarifs des actes sont établis sur la base de cette hiérarchisation. En conséquence, si cette liste n'est pas revue en fonction de l'évolution des techniques médicales, des situations de rente peuvent se constituer, au détriment des régimes d'assurance maladie.

Or, avec 7 623 actes et prestations recensés en 2009 sur la CCAM, la liste des actes et prestations remboursables est dense, ce qui ne facilite pas sa mise à jour régulière par l'UNCAM.

En rendant systématique la révision de la hiérarchisation des actes et prestations tous les cinq ans, l'article 35 va donc dans le sens de la recherche d'une efficacité accrue de notre système d'assurance maladie.

b) Des accords-cadres pour réguler le développement du secteur des dispositifs médicaux

L'article 35 prévoit la possibilité pour le Comité économique des produits de santé (CEPS) de conclure, avec les représentants des exploitants de dispositifs médicaux, des accords définissant le cadre dans lequel le Comité fixe les prix des dispositifs médicaux, soit par convention avec leur exploitant, soit par décision unilatérale.

S'inspirant des accords-cadres conclus entre l'industrie pharmaceutique et le CEPS, ce dispositif constituera un outil conventionnel de régulation des dépenses de dispositifs médicaux dans un cadre pluriannuel, et permettra une meilleure information des pouvoirs publics sur l'évolution du marché des dispositifs médicaux, moins bien connu que celui des médicaments, comme le président du CEPS l'a estimé devant votre Rapporteur.

L'article 36 prévoit aussi la possibilité pour le Comité d'infliger des pénalités financières aux fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux qui manqueraient à leur engagement conventionnel de mener des études de suivi des dispositifs médicaux postérieurement à l'admission de ceux-ci au remboursement. Cette mesure facilitera le réexamen des conditions de prise en charge de ces produits. Un dispositif analogue existe d'ailleurs pour les médicaments.

Ces deux mesures permettront d'adapter régulièrement les conditions de prise en charge des dispositifs médicaux à leur utilité médicale et aux conditions du marché. Cet effort de régulation des dépenses est particulièrement nécessaire dans un secteur où les dépenses sont très dynamiques : selon le rapport présenté en septembre 2010 à la Commission des comptes de la sécurité sociale, le taux de croissance de ces dépenses a atteint 14 % en 2008, 6 % en 2009 et atteindrait près de 10 % en 2010.

2. L'association indispensable des professionnels de santé

a) La politique de maîtrise médicalisée des dépenses a fait la preuve de son efficacité

- *Un mode de régulation reposant sur l'association des professionnels de santé et des pouvoirs publics*

Bien que le concept de maîtrise « médicalisée » des dépenses de santé, soit régulièrement utilisé depuis 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 »), par opposition à celui de maîtrise « comptable » des dépenses, il n'a pas reçu à ce jour de définition législative ou réglementaire.

En revanche, le concept de maîtrise médicalisée a été défini par les conventions successives réglant les rapports de l'assurance maladie avec les professionnels de santé, notamment avec les médecins. Ainsi, celle du 26 novembre 1998 indique que la maîtrise médicalisée « *a pour finalité d'infléchir les comportements dans une recherche constante d'amélioration de la qualité* », et qu'« *elle contribue ainsi à améliorer l'efficacité du système de soins* » ; la convention médicale du 12 janvier 2005 stipule quant à elle que « *les parties s'engagent ensemble sur la voie d'une régulation médicalisée des dépenses de santé, s'appuyant sur des référentiels médicaux scientifiquement validés. Conscientes de la gravité de la situation financière de l'assurance maladie, leur objectif est d'améliorer l'efficacité de notre système de soins* ».

Comme le souligne le rapport annuel 2009 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), le but de la politique de maîtrise médicalisée est d'accroître l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire de fournir aux assurés les meilleurs soins au meilleur coût. Surtout, ce qui caractérise notre politique de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie, c'est qu'elle est définie et mise en œuvre de façon négociée avec les professionnels de santé. A l'inverse, des actions de maîtrise « comptable » des dépenses peuvent être mises en œuvre de façon unilatérale.

- *Un mode de régulation qui a fait la preuve de son efficacité*

Pour votre Rapporteur, le strict respect de l'ONDAM pour 2010 témoigne de l'efficacité de notre politique de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie. Le programme de qualité et d'efficacité relatif à la branche maladie annexé au présent projet de loi montre d'ailleurs qu'en 2009, les économies attendues des actions de maîtrise médicalisée ont été réalisées à 78 %.

Economies réalisées dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie

en millions d'euros

	2007	2008	2009
Convention avec les médecins libéraux	383	334	398
Antibiotiques	27	56	0
Statines	131	55	78
Anxio-hypnotiques	8	5	1
IPP	27	71	20
IEC-sartans	62	25	70
Antiostéoporitiques			21
Antidépresseurs			33
Antidiabétiques			8
Arrêts de travail (IJ)	0	0	0
Transport	24	57	46
ALD	73	44	42
Prescription dans le répertoire générique	0	0	0
AcBUS	24	15	80
Autres	7	5	0
Kinésithérapeutes (recommandation de la HAS sur les actes en série)			55
Prescriptions hospitalières d'arrêts de travail et de transports		48	23
Total prescripteurs	387	381	476
Accord avec les pharmaciens d'officine (pénétration génériques)	107	101	38
Total	490	482	514
Objectif	683	635	660
Taux d'atteinte de l'objectif	69 %	76 %	78 %

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

S'il y a lieu de se féliciter de la bonne tenue des dépenses d'assurance maladie, il convient aussi de souligner que les résultats des dernières années ont été obtenus au prix d'une stagnation des revenus de la plupart des professionnels de santé libéraux. C'est le cas par exemple des sages-femmes libérales, qui ont vu leurs missions élargies, notamment par l'article 86 de la loi dite « HPST », qui a établi leur compétence pour effectuer des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention hors situations pathologiques, sans que les tarifs de leurs actes aient été revalorisés depuis 2002.

b) La régulation de notre système d'assurance maladie gagne à être opérée en étroite liaison avec les professionnels de santé

L'année 2010 a été une année « charnière » dans les relations des professions de santé et des pouvoirs publics.

En effet, elle a vu l'arrivée à échéance de la convention médicale du 12 janvier 2005, et son remplacement par un règlement arbitral qui reprend

l'essentiel de ses stipulations et porte à 23 euros le tarif de la consultation des médecins généralistes.

C'est également en 2010 que seront mises en place les unions régionales des professionnels de santé instituées par l'article 123 de la loi dite « HPST » dont l'encadré ci-après présente le statut et les missions.

Statut et mission des unions régionales des professionnels de santé

Dans sa rédaction issue 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, l'article L. 4031-1 du code de la santé publique, crée, dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse :

- une « *union régionale des professionnels de santé* » (URPS) pour chaque profession de santé, qui rassemble les praticiens exerçant à titre libéral ;
- une « *fédération régionale des professionnels de santé libéraux* », qui regroupe les seize URPS de la région.

En application de l'article L 4031-2 du même code, les membres des URPS sont élus lorsque l'effectif national de leur profession dépasse 20 000 personnes, et désignés par les organisations syndicales représentatives pour les autres professions. Les professions pour lesquelles des élections sont organisées sont donc les suivantes : les médecins, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. Les autres professions pour lesquelles sont créées des URPS sont les suivantes : les sages-femmes, les pédicures-podologues, les orthophonistes, les orthoptistes et les biologistes.

L'article L. 4031-3 du même code définit les trois missions principales de ces unions et de leurs fédérations :

- contribuer « *à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional* », notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre ;
- participer à la mise en œuvre des politiques de santé, dans le cadre de contrats passés avec les agences régionales de santé (ARS) ;
- assumer les missions prévues par les conventions nationales organisant les rapports des professionnels de santé avec l'assurance maladie.

Ainsi, les médecins ont élu le 29 septembre 2010 leurs représentants aux unions régionales des professionnels de santé. Les électeurs étaient répartis en trois collèges, regroupant respectivement :

- les médecins généralistes ;
- les chirurgiens, les anesthésistes et les obstétriciens ;
- les autres médecins spécialistes.

Les autres élections doivent être tenues le 16 décembre 2010.

Les résultats de ces scrutins constituent un élément essentiel dans l'appréciation du caractère représentatif des organisations syndicales, et les élections marquent le début d'une nouvelle phase de négociations conventionnelles, notamment pour les médecins.

La mise en place des unions régionales offrira aussi aux agences régionales de santé (ARS) des interlocuteurs investis d'une légitimité forte, et permettra d'associer étroitement les professionnels de santé aux activités des agences, notamment pour ce qui concerne l'élaboration et la mise en œuvre du volet ambulatoire des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). Elle devrait ainsi contribuer à apporter des réponses plus efficaces aux difficultés rencontrées sur le terrain par les professionnels de santé.

Un tel travail semble d'ailleurs particulièrement nécessaire, au moment où les représentants de plusieurs professions alertent les pouvoirs publics sur les difficultés croissantes que rencontrent les praticiens.

Tel est par exemple le cas des pharmaciens. La présidente du conseil national de leur ordre a fait état devant votre Rapporteur du « *mal-être général* » des pharmaciens d'officine. Certaines pharmacies doivent en effet faire face à des pertes de chiffre d'affaires conséquentes, au point que le nombre d'officines faisant l'objet d'une procédure de liquidation judiciaire est passé, selon elle, de 40 à 99 entre les mois de mai et d'août 2010.

De plus, en milieu rural ou en zone urbaine sensible, le réseau officinal est fragilisé par les évolutions récentes de la démographie des professionnels de santé, notamment celle des médecins. Ces évolutions ont en effet pour conséquence d'éloigner les prescripteurs des officines implantées dans des communes rurales ou des zones urbaines sensibles. Cet éloignement résulte à la fois :

– de la tendance à la « désertification » médicale des zones rurales et des zones urbaines sensibles ;

– et de la tendance au regroupement des professionnels restant au sein de maisons de santé pluridisciplinaires, promues par les pouvoirs publics comme un moyen de rendre plus attractif l'exercice des professions de santé dans les zones en voie de « désertification ».

En effet, alors que les médecins libéraux jouissent de la liberté d'installation, la création, le regroupement et le transfert des officines pharmaceutiques est régi par des règles géo-démographiques strictes et soumis à un régime d'autorisations administratives, délivrées par le directeur général de l'ARS compétente en application de l'article L. 5125-4 du code de la santé publique. Or, selon Mme Isabelle Adenot, dans l'instruction des demandes d'autorisations présentées en vue d'un regroupement ou d'un transfert d'officine, les agences ne tiennent pas assez compte des conséquences, sur l'équilibre du réseau officinal, des mesures qu'elles prennent en vue de structurer l'offre de soins de premier recours.

En 2009 déjà, le rapport de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, présidée par notre collègue Christian Paul et dont notre collègue Marc Bernier était le rapporteur, a montré que « *le regroupement des médecins risque de fragiliser économiquement le maillage pharmaceutique du*

territoire »⁽¹⁾. Il explique en effet que la « *concentration des médecins à l'échelle d'un bassin de 10 000 à 20 000 habitants mettrait à mal l'équilibre économique des pharmacies, qui sont réparties de façon à ce que leur ressort ne dépasse pas 3 000 habitants* », car, souligne-t-il, « *les patients ayant tendance à se faire délivrer leurs médicaments à la sortie du cabinet du médecin qui les leur a prescrits, les pharmacies proches des maisons de santé bénéficieraient du regroupement de médecins, au détriment des pharmacies des zones éloignées* ». Une telle situation est d'autant plus regrettable que selon M. Marc Bernier, « *85 % du chiffre d'affaires des officines provient de la délivrance des médicaments, le plus souvent sur prescription médicale* ».

(1) Rapport d'information n° 1132 présenté par M. Marc Bernier au nom de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, présidée par M. Christian Paul, déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, octobre 2008.

III.- L'HOPITAL ET LES CLINIQUES PRIVÉES

Les 3 040 établissements publics et privés de santé dénombrés en France fin 2008 (988 entités juridiques publiques et 2 052 entités privées) occupent en France une place primordiale dans la réponse aux besoins de santé de la population.

En 2008, ces établissements de santé ont enregistré plus de 25 millions d'entrées et venues en hospitalisation complète, c'est-à-dire supérieure à un jour, ou en hospitalisation partielle.

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 en outre 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 plusieurs années pour améliorer l'efficacité des établissements de santé.

En optimisant tant l'orientation des patients dans le cadre de transferts effectués par des établissements de santé vers les centres de soins de suite et de réadaptation que le processus de la convergence intersectorielle, en anticipant mieux les futurs déploiements de la tarification à l'activité et en assurant le financement des fonds médicaux et hospitaliers, 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. LA SITUATION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLICS ET PRIVÉS S'EST AMÉLIORÉE MAIS LAISSE SUBSISTER DES DÉFICITS PRÉOCCUPANTS

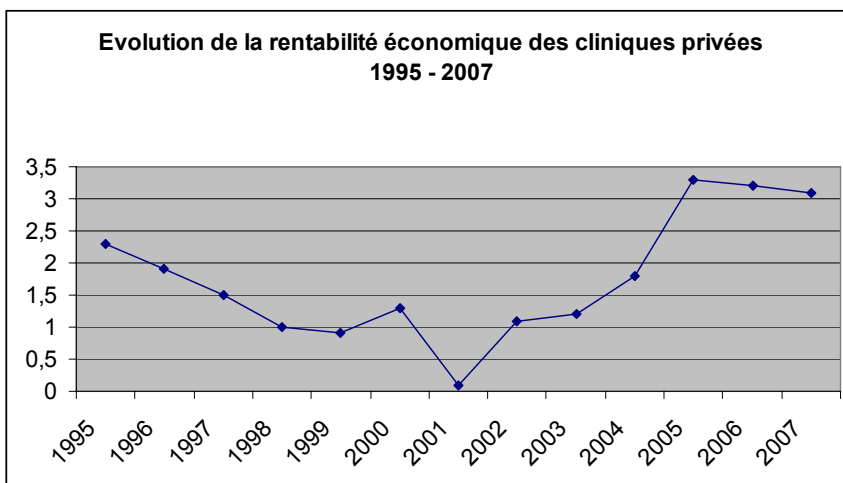
Dans un discours relatif à la réforme de l'hôpital prononcé le 17 avril 2008 à Neufchâteau, le Président de la République a déclaré attendre de la modernisation de la gestion de l'hôpital public des résultats concrets pour les finances publiques et indiqué que « *ces mesures doivent permettre aux hôpitaux d'être tous à l'équilibre d'exploitation d'ici 2012* », tant il n'est « *pas normal que des hôpitaux soient en déficit structurel et récurrent* ».

1. La situation financière des cliniques à but lucratif

D'après le rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité, les dernières données disponibles relatives à la situation financière des établissements privés concernent l'année 2007 ⁽¹⁾.

La situation économique et financière des cliniques privées reste globalement favorable malgré un ralentissement de la croissance du chiffre d'affaires, en augmentation de 4,4 % soit un ralentissement de 2,3 points par rapport à 2006, et une rentabilité économique ⁽²⁾ en légère diminution par rapport à 2006, atteignant 3,1 % du chiffre d'affaires (soit - 0,1 point).

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



Source : Ministère de la santé

En 2007, 77 % des cliniques ont vu leurs chiffre d'affaires augmenter, 23 % ont affiché un chiffre d'affaires stable ou en baisse, ce fléchissement concernant essentiellement les « grandes cliniques » (chiffre d'affaires supérieur à 12 millions d'euros) avec une croissance de leur chiffre d'affaires passée de 9,2 % en 2006 à 4,2 % en 2007.

S'agissant du secteur médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), le chiffre d'affaires a augmenté de 4,1 % par rapport à + 7,2 % en 2006 et la rentabilité économique s'établit à 2,9 % du chiffre d'affaires, de façon inchangée par rapport à 2006.

(1) DREES - Études et résultats n°707 «L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2006 et 2007 ».

(2) Résultat net / chiffre d'affaires

Évolution du chiffre d'affaires des établissements ex-OQN en MCO

MCO				
	2007	2006	Evolution	
			2007/2006	2006/2005
Chiffre d'affaires (CA)	8 262 M€	7 937 M€	4,1%	7,2%
CA/ nombre d'entrées	1 509 €	1 417 €	6,5%	
Taux de rentabilité économique (résultat net / CA)	2,9%	3,0%	- 0,1 point	

Source : DREES Etudes et résultats n°707

Il convient de souligner que la rentabilité économique est en hausse pour les cliniques spécialisées en chirurgie (3,4 % du chiffre d'affaires en 2007 soit + 1,3 point par rapport à 2006) et en dialyse (+ 17,3 % du chiffre d'affaires soit + 8 points), en légère baisse pour les cliniques mono-disciplinaires de médecine (3,6 % du chiffre d'affaires soit - 0,6 point) et stable pour les cliniques spécialisées en obstétrique (3,4 %).

Pour le secteur hors MCO, le chiffre d'affaires a augmenté de 5,6 %, soit + 1,2 point par rapport à 2006 et la rentabilité économique s'établit à 4,5 % du chiffre d'affaires, contre 4 % en 2006.

Évolution du chiffre d'affaires des établissements ex OQN en MCO

HORS MCO				
	2007	2006	Evolution	
			2007/2006	2006/2005
Chiffre d'affaires (CA)	1 689 M€	7 937 M€	5,6%	4,4%
CA/ nombre d'entrées	2 318 €	2 459 €	- 6,1%	
Taux de rentabilité économique (résultat net / CA)	4,5%	4,0%	+ 0,5 point	

Source : DREES Etudes et résultats n°707

Comme en 2006, les cliniques de petite taille et du secteur hors MCO sont économiquement les plus rentables.

2. La situation des établissements publics de santé

Dans le cadre du plan de retour à l'équilibre de l'assurance maladie, des efforts d'économies importants ont été demandés aux établissements de santé à partir de 2005. Jusqu'en 2007, la dégradation de la situation financière des établissements de santé montrait la difficulté de certains d'entre eux à produire les efforts demandés. En effet, l'application de la tarification à l'activité a révélé la sous-productivité de certains établissements, que la dotation globale avait jusqu'à masquée. Des difficultés financières ont ainsi résulté des écarts entre les tarifs nationaux et les coûts de certains hôpitaux. Par ailleurs, la relance de l'investissement hospitalier au travers du plan quinquennal « Hôpital 2007 » a contribué à accroître les charges des établissements, en permettant la mise en

oeuvre de projets immobiliers qui ont entraîné des charges d'amortissement et des frais financiers.

En 2009, l'analyse des résultats montre que les établissements de santé ont mieux intégré les nouvelles exigences de la tarification à l'activité et commencé à absorber partiellement les efforts d'économies demandés. La tendance à l'amélioration de la situation financière des hôpitaux, initiée en 2008, se poursuit donc en 2009 ⁽¹⁾.

Le solde du compte de résultat principal s'établit ainsi en 2009, au niveau national, à - 441 millions d'euros et s'améliore donc de 151 millions d'euros par rapport à 2008, où il s'établissait à - 592 millions d'euros.

**Résultat compte prévisionnel principal
des établissements publics de santé de 2006 à 2009**

En millions d'euros

CRPP	2007			2008			2009		
	Excédent	Déficit	Résultat (Excédents - Déficits)	Excédent	Déficit	Résultat (Excédents - Déficits)	Excédent	Déficit	Résultat (Excédents - Déficits)
CHRU	5	-398	-393	4	-454	-450	10	-414	-404
CH	92	-430	-338	131	-318	-187	132	-229	-97
CHS	39	-16	23	31	-10	21	40	-13	27
HL	33	-9	24	34	-14	20	35	-12	24
Autres publics	11	-6	5	11	-8	3	14	-3	10
Total	180	-859	-679	211	-803	-592	231	-671	-441

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 : DGFIP

36 % des établissements réalisent ainsi un déficit sur leur compte de résultat principal pour un montant total de 671 millions d'euros, tandis que 64 % des établissements affichent un excédent à hauteur de 231 millions d'euros.

Par ailleurs, la consolidation effectuée avec les comptes de résultats annexes ramène le déficit à - 185 millions d'euros en 2009.

(1) Les données 2010 ne sont pas encore connues avec une précision suffisante pour permettre une estimation fiable

Résultat global des établissements publics de santé de 2006 à 2009

En millions d'euros

Résultat Global	2007			2008			2009		
	Excédent	Déficit	Résultat (Excédents - Déficits)	Excédent	Déficit	Résultat (Excédents - Déficits)	Excédent	Déficit	Résultat (Excédents - Déficits)
CHRU	8	-333	-325	7	-378	-371	19	-335	-316
CH	142	-397	-255	190	-293	-103	221	-211	10
CHS	50	-14	36	47	-9	38	48	-12	36
HL	76	-12	64	77	-13	64	87	-13	74
Autres publics	10	-6	4	12	-8	4	14	-3	11
Total	288	-763	-475	334	-701	-367	389	-574	-185

Source : DGFIP

La capacité d'autofinancement des établissements de santé s'améliore également en 2009.

Capacité d'autofinancement des établissements publics de santé de 2006 à 2009

En millions d'euros

CAF des EPS	2006		2007		2008		2009	
	CAF	CAF % recettes	CAF	CAF % recettes	CAF	CAF % recettes	CAF	CAF % recettes
CHRU	1 108	4,90%	846	3,60%	990	4,10%	1208	4,85%
CH	1 449	4,90%	1 497	4,90%	1817	5,60%	2 113	6,25%
CHS	246	4,60%	254	4,60%	294	5,10%	325	5,57%
HL	224	6,80%	239	7,10%	257	7,50%	272	7,50%
Autres publics	24	5,10%	30	5,70%	35	6,20%	37	8,04%
Total	3 052	5,00%	2 865	4,50%	3 393	5,10%	3 956	5,76%

Source : DGFIP

La capacité d'autofinancement des établissements public de santé s'établit ainsi à 3,95 milliards d'euros en 2009, en augmentation de 563 millions d'euros par rapport à 2008, soit une augmentation de 16,5 %, et représente 5,76 % du total des recettes. Cette augmentation s'explique principalement par l'amélioration du résultat d'exploitation en 2009, ainsi que par la dynamique insufflée par le plan « Hôpital 2007 ».

Ces résultats globaux masquent toutefois des disparités selon les catégories d'établissements. Ainsi, les centres hospitaliers universitaires et les centres hospitaliers de grande et moyenne taille apparaissent globalement déficitaires, alors que les autres catégories d'établissements sont en moyenne excédentaires. Il faut toutefois noter qu'en 2009, dix-huit centres hospitaliers universitaires ont amélioré leur résultat pour une réduction globale de leur déficit

de 120,5 millions d'euros, sept ont affiché un résultat stable et six ont creusé leur déficit.

Le rapport de septembre 2010 de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale a consacré une partie à la situation financière des hôpitaux publics qui met en lumière « *des difficultés financières concentrées mais mal mesurée* ».

La Cour des comptes estime ainsi que pour mesurer les résultats du secteur et bien prendre la mesure des difficultés de certains hôpitaux, il est préférable de bien distinguer les situations excédentaires et déficitaires, qui fait apparaître que le total des seuls déficits des établissements s'est élevé à 736 millions d'euros en 2006, 856 millions d'euros en 2007, 756 millions d'euros en 2008 et 673 millions d'euros en 2009, plutôt que d'appréhender le total des déficits et des excédents des budgets principaux de tous les établissements qui s'est élevé à 409 millions d'euros en 2006, 680 millions d'euros en 2007, 506 millions d'euros en 2008 et 448 millions d'euros en 2009.

Son analyse par catégorie d'établissements met en évidence que les CHU-CHR ont vu leur déficit collectif s'accroître de façon continue de 2006 à 2008 et presque doubler. Ils n'étaient que huit à être à l'équilibre en 2009, avec un excédent très faible (10 millions d'euros au total à eux huit), alors que le déficit des six autres atteignait 329 millions d'euros et même 415 millions d'euros en intégrant l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui était encore excédentaire en 2006. En revanche, le déficit collectif des centres hospitalier a décliné sensiblement, le nombre d'établissements déficitaires devenant même minoritaire dans cette catégorie en 2008.

La Cour des comptes met également en lumière la forte concentration des déficits. Ainsi, si les établissements déficitaires sont nombreux, l'essentiel du déficit pèse sur une minorité d'entre eux. En 2008, le déficit cumulé des vingt-huit CHU-CHR déficitaires (dont l'AP-HP) représente en effet 60 % du déficit total. La moitié de ce chiffre provient de quatre CHU : Hospices civils de Lyon (HCL), Assistance Publique- Hôpitaux de Marseille (AP-HM), Nancy et Nice. Les trois quarts provenaient de dix CHU, dont le déficit individuel dépassait 10 millions d'euros. Les 486 CH sont dans, l'ensemble, dans une situation plus favorable, mais en leur sein la concentration des situations très dégradées est également forte puisque 10 % d'entre eux généraient en 2008 près de 40 % du déficit de leur catégorie.

Par ailleurs, si la Cour des comptes ne remet pas en cause la tendance globale à l'amélioration de la situation financière des hôpitaux, elle estime que la sincérité des comptes est souvent affectée par des pratiques contestables, notamment sur les amortissements, les provisions et les reports de charge, et, qu'en conséquence, « *les retraitements aboutissent à une amplification du déficit de 2008 de près d'un quart (24,6 %) en moyenne* » tandis que « *plus de la moitié*

des établissements publics de santé présentant un résultat comptable positif se retrouvent, en réalité, en déficit ».

En conclusion, la Cour des comptes estime que « *pour atteindre une amélioration durable, il faudra accroître la productivité et adopter des mesures d'organisation et de restructuration* ».

B. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SONT CONTRAINTS D'ACCENTUER ET D'ACCÉLÉRER LEURS EFFORTS D'ADAPTATION, DE RÉORGANISATION ET D'AMÉLIORATION DE L'EFFICIENCE

Dans un contexte caractérisé par la persistance d'un niveau élevé de déficits budgétaires des établissements de santé et par un ONDAM hospitalier qui laisse des marges de manœuvre relativement limitées (*cf.* Partie I), puisqu'il a été envisagé, à l'occasion de la première conférence sur le déficit organisée le 28 janvier 2010, de ramener le rythme de progression de l'ONDAM hospitalier à environ 2 % en 2011, au lieu de 2,8 % cette année, il importe de poursuivre une forte mobilisation sur la recherche de l'efficacité hospitalière.

Compte tenu de l'importance des dépenses hospitalières, qui représente 44 % de l'ONDAM, l'enjeu de l'efficacité de l'allocation des ressources aux établissements de santé est, en effet, plus que jamais décisif.

1. La modernisation et le soutien du secteur hospitalier se poursuivent

De nombreuses actions tendant à améliorer l'efficacité des établissements de santé ont déjà été mises en œuvre dans le secteur hospitalier.

Des mesures telles que la réforme du statut budgétaire et comptable, l'introduction de la maîtrise médicalisée à l'hôpital, avec notamment la maîtrise des dépenses de transport, le développement d'accords de bonnes pratiques hospitalières, de contrats de bon usage des médicaments, produits et prestations et un meilleur suivi des consommations de médicaments et des dispositifs médicaux facturables en sus, ou encore le développement d'alternatives à l'hospitalisation classique comme la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation à domicile, ont eu ainsi directement pour objectif de réaliser des économies.

D'autres réformes plus structurelles peuvent également être mentionnées, qu'il s'agisse du déploiement de la tarification à l'activité, du plan « Hôpital 2012 » centré sur l'amélioration de l'efficacité hospitalière, ou de la loi dite « HPST » qui a posé les bases d'une organisation plus efficace du système hospitalier.

a) La tarification à l'activité continue de monter en charge et assure une convergence progressive des coûts des soins hospitaliers

En matière hospitalière, la recherche de l'efficacité est facilitée depuis 2004 par la mise en œuvre de la tarification des établissements de santé à l'activité (T2A).

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 Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation - 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.

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

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.

Ces avantages ont conduit à étendre progressivement le champ d'application de la T2A. Limité initialement aux activités de MCO, la T2A a vocation à s'étendre progressivement à d'autres secteurs ou activités.

Ainsi, le service de santé des armées est soumis à la T2A à 100% pour ses activités de MCO depuis le 1^{er} janvier 2009.

Par ailleurs, la mise en oeuvre de la T2A dans les établissements publics a été effective dans les établissements de Guyane le 1^{er} janvier 2010, avec un étalement jusqu'à 2018 de l'alignement des tarifs servis à l'établissement sur ceux de droit commun, afin de lisser les effets revenus, conformément au décret n°2010-667 du 17 juin 2010.

Enfin, la catégorie des hôpitaux locaux ayant été supprimée par la loi dite « HPST » du 21 juillet 2009, cette suppression entraîne *ipso facto* un basculement du régime juridique de ces établissements qui seront désormais financés en T2A à 100% pour leur activité de médecine. Toutefois, pour leur permettre de préparer ce changement, un financement dérogatoire par dotation annuelle de financement a été maintenu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 jusqu'au 1^{er} janvier 2012.

b) Le plan « Hôpital 2012 » est centré sur l'amélioration de l'efficience hospitalière

S'inscrivant dans la continuité du volet investissement du plan « Hôpital 2007 », le plan « Hôpital 2012 » a pour objet de permettre de maintenir 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'efficience 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.

– la modernisation de l’offre de soins et le soutien 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’efficience

Les opérations immobilières doivent satisfaire à des critères d’efficience 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’efficience 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.

– 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 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.

c) La loi dite « HPST » a posé les bases d’une organisation plus efficace du système hospitalier

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 efficacité globale.

Cette loi précise les missions des établissements de santé, remanie profondément leur gouvernance, relève les défis managériaux auxquels sont confrontés les établissements publics de santé et renforce leur coopération territoriale.

Par ailleurs, elle crée l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)⁽¹⁾, chargée notamment de moderniser et de diffuser des outils de pilotage de la performance des établissements. Elle est ainsi un acteur majeur dans l'amélioration de l'efficacité du système hospitalier. Dans ce cadre, la direction générale de l'organisation des soins du ministère de la santé lui a confié à une mission de redéfinition et d'optimisation des indicateurs de suivi des établissements et de diagnostic pluridimensionnel de la performance.

La mise en œuvre de la loi dite « HPST », au travers notamment des agences régionales de santé⁽²⁾, devrait permettre une action efficace sur l'offre de soins hospitaliers et son organisation, génératrice d'économies structurelles.

2. Il existe néanmoins encore des marges de productivité pour améliorer l'efficacité des établissements de santé

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

Les conclusions de cette étude de la Cour des comptes sur l'incidence des facteurs organisationnels sur les coûts, selon lesquelles l'allocation des moyens n'est pas toujours optimale et des progrès étaient possibles dans tous les établissements, restent pleinement d'actualité.

À cet égard, le récent rapport d'information n° 2556 de juin 2010 de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) « Hôpital public : mieux gérer pour mieux soigner » suggère des voies et moyens intéressants « *de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement interne des établissements afin d'améliorer la qualité du service médical rendu aux usagers et leur efficacité médico-économique* ».

(1) L'ANAP 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).

(2) L'évaluation des directeurs des agences régionales prendra ainsi en compte la performance des établissements dont ils assurent la charge.

Sans prétendre à l'exhaustivité, votre Rapporteur souhaite néanmoins insister sur certaines des mesures qui lui paraissent nécessaires de mettre rapidement en œuvre pour améliorer encore l'efficacité des établissements de santé.

a) Les systèmes d'information hospitaliers et la comptabilité analytique doivent se développer

La Cour des comptes a montré, dans son rapport de septembre 2008 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, que les systèmes d'information des établissements de santé laissaient encore à désirer.

Par ailleurs, et comme le souligne le rapport d'information de la MECSS, *« l'atteinte des objectifs d'efficacité médico-économiques fixés par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens suppose de développer les outils de la comptabilité analytique hospitalière et du contrôle de gestion »*.

Le développement de systèmes d'information performants et interopérables, qui conditionne la réussite de chantiers comme la facturation directe par exemple, comme la généralisation de la comptabilité analytique, pourtant déjà prévue à la charge des ordonnateurs, depuis un décret du 30 novembre 2005, à l'article R. 6145-7 du code de la sécurité sociale, apparaissent donc comme un impératif fort.

b) La gestion patrimoniale doit être mieux prise en compte

Le rapport d'information de la MECSS précité a souligné *« que le patrimoine immobilier des hôpitaux publics n'est pas précisément connu »*, alors même *« qu'il serait d'une surface supérieure à celui de l'État et pourrait représenter plusieurs dizaines de milliards d'euros »*.

Il semble donc urgent de mettre en œuvre une politique de valorisation plus active du patrimoine hospitalier, avec notamment un recentrage sur la part de ce patrimoine réellement consacré au secteur sanitaire.

Il convient de souligner que le programme de travail de l'ANAP pour 2010 prévoit déjà *« d'aider les établissements à définir un plan de gestion patrimoniale pluriannuel »*.

c) Les coopérations et les mutualisations doivent se poursuivre

Dans son rapport de septembre 2008 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes soulignait déjà 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.

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.

Par ailleurs, la transformation, par décret et arrêté en date du 15 mars 2010, de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en direction générale de l'offre de soins (DGOS), en supprimant la mention de l'hospitalisation dans l'intitulé de la direction, témoigne positivement de la volonté des pouvoirs publics de dépasser une approche hospitalo-centrée pour développer des coopérations et des mutualisations avec les acteurs de la médecine de ville et des soins médicaux-sociaux.

C. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011 VISE À RENFORCER LES GAINS D'EFFICIENCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EN 2011

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 poursuit la mise en œuvre de politiques visant à améliorer l'efficacité du système de soins hospitaliers.

1. L'orientation des patients dans le cadre de transferts effectués par des établissements de santé vers les centres de soins de suite et de réadaptation est optimisée

Plusieurs études médico-économiques ont mis en évidence que les dépenses liées à une prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR) (hospitalisation complète ou de jour) étaient plus élevées que les dépenses liées à une prise en charge en rééducation en ambulatoire. Par ailleurs, la Haute Autorité de santé (HAS) a émis, dès mars 2006, plusieurs recommandations professionnelles visant à définir les cas pour lesquels la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville, de façon à éviter les hospitalisations inappropriées en SSR, après certains traitements orthopédiques ou chirurgicaux.

Pourtant, il n'existait jusqu'à aujourd'hui aucune procédure d'accord préalable relative aux transferts vers les centres de SSR dont les établissements de santé sont parfois les prescripteurs lorsqu'une rééducation est envisagée.

Afin d'orienter le patient de façon optimale, l'article 36 du projet de loi de financement de la sécurité sociale étend en conséquence la procédure de mise sous accord préalable du service du contrôle médical aux transferts effectués par des établissements de santé vers les centres de SSR.

Sachant que le nombre des transferts du secteur MCO vers le secteur des SSR s'élève à environ 900 000 par an, cette mesure, de nature à améliorer l'efficacité du recours aux structures de SSR intégrées aux établissements hospitalier en favorisant un report de ces soins de l'hôpital vers les soins de ville,

sera ciblée, comme l'indique l'exposé des motifs, sur les établissements qui effectuent un nombre important de transferts. Elle devrait néanmoins générer une économie estimée, d'après les études d'impact communiquées par le Gouvernement, à au moins dix millions d'euros par an.

2. La convergence entre les tarifs des établissements publics et privés se poursuit avec une redéfinition plus pertinente de l'objectif cible

Simple dans son principe, 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, « *dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs* ». 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.

Pourtant, la cible de la convergence intersectorielle est longtemps restée imprécise, du fait de la difficulté à s'accorder sur ce que recouvre en pratique la convergence intersectorielle.

Ainsi, le rapport de l'IGAS de janvier 2006 de la mission d'appui sur la convergence tarifaire public-privé a souligné que « *le texte législatif (...) n'indique pas le sens de la convergence : vers le plus efficient, vers le moins efficient ou vers une cible intermédiaire* ».

De la même façon, le rapport d'information n°3265 « Réussir la T2A » (juillet 2006) présenté par M. Jean-Marie Rolland au nom de la MECSS, a énoncé que le processus de convergence intersectorielle bute sur « *l'insuffisante précision de l'objectif de la convergence* », tandis que le rapport de septembre 2006 de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement pour la sécurité sociale consacré au pilotage de la politique hospitalière a regretté que la mise en œuvre de la convergence intersectorielle ne soit pas définie dans ses principes essentiels au nombre desquels compte le « *sens de la convergence (vers les tarifs les plus bas, moyens ou les plus hauts)* ».

Prenant acte de ces nombreuses observations faites par les corps de contrôle, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a fini par préciser, par un amendement présenté par le Gouvernement, que le processus de convergence est orienté vers les tarifs des cliniques privées, identifiés tant par le rapport de l'IGAS de janvier 2006 que par la note d'avril 2009 du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) comme les plus efficaces.

Néanmoins, s'il est vrai que les tarifs des établissements privés sont majoritairement plus bas que ceux des établissements publics et privés à but non lucratif, le rapport 2010 au Parlement sur la convergence tarifaire fait apparaître aujourd'hui que « *cela n'est pas systématiquement le cas à l'échelle d'une*

prestation » et qu'il existe des cas où le tarif le plus bas ou le plus efficient, tous secteurs confondus, correspond à celui des établissements antérieurement financés par dotation globale.

Dès lors, l'article 40 du présent projet de loi a pour objet d'optimiser le processus de la convergence intersectorielle en disposant que celle-ci s'oriente vers les tarifs les plus bas, quel que soit le secteur concerné.

L'étude d'impact annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale précise ainsi que « *la mesure comporte des effets directs sur les dépenses des régimes par les baisses de tarifs qu'elle emportera, dont on peut attendre une économie dès 2011 d'au moins 70 millions d'euros* ».

3. Les futurs déploiement de la tarification à l'activité sont mieux anticipés

Il est envisagé à terme de déployer le modèle de la tarification à l'activité, dont il est attendu des effets incitateurs en terme d'efficience, dans chaque champ de l'offre de soins hospitalière, et spécifiquement dans le champ de l'activité des soins de suite et de réadaptation, et à terme dans celui de la psychiatrie.

Or, les modalités de construction des composantes actuelles du sous-objectif de l'ONDAM relatif aux établissements de santé non tarifés en T2A ne permettent pas aujourd'hui de connaître la part respectivement allouée au champ de la psychiatrie et à celui des SSR. Ni les dépenses dites de l'objectif quantifié national (OQN SSR et psy), ni les dépenses de l'objectif de dépenses d'assurance maladie (ODAM) ne distinguent, en effet, entre soins de suite et de réadaptation d'une part, et psychiatrie d'autre part.

Dans la perspective d'une extension de la tarification à l'activité pour les activités de SSR, l'article 41 vise à distinguer, tant au sein de l'OQN que de l'ODAM, les montants afférents aux activités de SSR et de psychiatrie, sans toutefois scinder ces objectifs en deux.

Comme le précise l'étude d'impact transmise, l'idée est « *d'aboutir, à terme, à un objectif commun de dépenses pour l'ensemble des établissements exerçant les activités de soins de suite et de réadaptation, puis dans un second temps, pour l'ensemble des établissements exerçant une activité de psychiatrie* », sachant que « *l'arrêté annuel fixant le montant global de l'OQN et celui fixant l'ODAM préciseront désormais les montants afférents à chaque catégorie d'activités* ».

Cette mesure est de nature à permettre un meilleur suivi différencié de ces deux champs d'activité et à faciliter à terme la détermination des éléments de la campagne tarifaire pour chacun de ces secteurs.

4. La prévention de la désinsertion professionnelle est mieux prise en compte

Afin d'éviter l'inactivité et de favoriser la réinsertion professionnelle de salariés concernés par un arrêt de travail de longue durée, l'article 44 du présent projet de loi propose d'étendre à l'assurance maladie un dispositif facilitant le retour à l'emploi des salariés en arrêt de travail suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Si le code de la sécurité sociale comporte déjà des dispositions relatives à la prévention de la désinsertion professionnelle des salariés victimes d'accidents ou atteints de maladies non professionnels, lesdites dispositions ont cependant une portée limitée et demandent par conséquent à être complétées. Elles s'inscrivent, en effet, dans des cadres restreints, notamment celui de la reprise du travail, et se heurtent par ailleurs à des difficultés de mise en œuvre, telles que « *l'insuffisante coordination entre médecins conseils et médecins du travail* » comme le relèvait l'étude d'impact annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Il apparaît dès lors nécessaire de garantir que le dispositif en vigueur pour les accidents du travail et maladies professionnelles puisse être uniformément appliqué aux branches maladie et AT-MP et donc s'appliquer aux salariés dont l'arrêt de travail pour accident ou maladie ne résulte pas de causes d'ordre professionnel.

L'élargissement proposé autorise ainsi le maintien de l'indemnité journalière aux salariés souhaitant accéder à des actions de formation professionnelle. Ces actions ont pour objet de faciliter le retour à l'emploi des assurés en arrêt de travail suite à une maladie ou un accident, et d'éviter leur licenciement pour inaptitude à la fin de la période de versement des indemnités journalières.

5. Le financement des fonds médicaux et hospitaliers est assuré

L'article 44 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 250 millions d'euros de la participation de l'assurance maladie au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) pour 2011, qui tient compte de l'important fonds de roulement dont il dispose encore, représente une augmentation de 9 % par rapport à la dotation de 228 millions d'euros pour 2010.

Cette augmentation 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 pluriannuels d'objectifs et de moyens et des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins créés par la loi dite « HPST » qui constituent 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 347,71 millions d'euros des régimes obligatoires d'assurance maladie

La participation à hauteur de 347,71 millions d'euros des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP représente une augmentation de près de 119 % par rapport à 2010 (159 millions d'euros, après application de la déchéance prévue à l'article 6 du présent projet de loi.

Cette hausse significative est de nature à favoriser la réussite du plan « Hôpital 2012 », centré sur l'amélioration de l'efficacité hospitalière, qui devrait, d'après l'annexe 8 du présent projet de loi, bénéficier de la part du FMESPP d'un montant de 219, 63 millions d'euros pour 2011.

IV.- LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

La branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) de la sécurité sociale, également appelée « Assurance maladie-risques professionnels », gère les risques professionnels auxquels sont confrontés les salariés et entreprises de l'industrie, du commerce et des services.

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

A. LA HAUSSE DES MALADIES PROFESSIONNELLES EN 2009 JUSTIFIE LA POURSUITE D'UNE POLITIQUE ACTIVE DE GESTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

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

1. Si les accidents du travail continuent de diminuer en 2009, les accidents de trajet et les maladies professionnelles connaissent une hausse significative

La publication, par la direction des risques professionnels de la CNAMTS, des statistiques technologiques des accidents du travail et des maladies professionnelles de l'année 2009, relatives au seul régime général, illustre la poursuite de la diminution des accidents du travail qui s'inscrit dans une baisse tendancielle de long terme mais met parallèlement en évidence une évolution à la hausse des maladies professionnelles, jugée préoccupante par la CNAMTS dans son rapport de gestion mis en ligne le 9 juillet 2009.

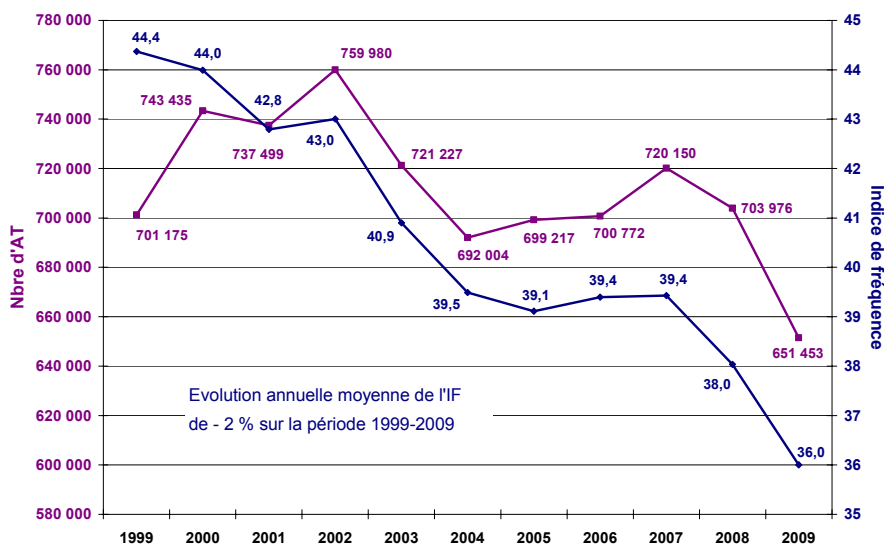
a) Le nombre d'accidents du travail continue de diminuer en 2009

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, le nombre d'accidents de travail avec arrêt poursuit la baisse amorcée depuis 2008.

Évolution du nombre d'accidents du travail en 1^{er} règlement et de leur fréquence pour mille salariés sur la période 1999-2009



Source CNAMTS- Direction des risques professionnels/ Statistiques technologiques

L'année 2009 enregistre à la fois une diminution de 7,5 % du nombre d'accidents du travail par rapport à l'année 2008, et une diminution de l'activité salariée, avec une baisse des effectifs de 2,2 %, ce qui conduit à une diminution de l'indice de fréquence, qui atteint le niveau inédit de 36 accidents avec arrêt pour 1000 salariés en 2009.

Après plusieurs années à la hausse, le nombre de nouvelles incapacités permanentes s'inscrit à la baisse depuis 2006, avec une diminution de 2,3 % en 2009 par rapport à l'année précédente.

De même, après une augmentation en 2006 et 2007, le nombre de décès diminue en 2009 pour la deuxième année consécutive, avec une diminution de 5,4% par rapport à l'année précédente.

Le nombre de nouvelles incapacités temporaires, qui s'inscrivait à la hausse depuis 2006, diminue en 2009 de 1,9 %.

Évolution du nombre d'accidents de travail pour les années 2004 à 2009*

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre d'accidents avec arrêt	692 004	699 217	700 772	720 150	703 976	651 453
	-4,1%	1,0%	0,2%	2,8%	-2,2%	-7,5 %
Nombre d'accidents avec incapacités permanentes	51 771	51 938	46 596	46 426	44 037	43 028
	6,1%	0,3%	-10,3%	-0,4%	-5,1%	-2,3 %
Nombre de décès	626	474	537	622	569	538
	-5,3%	-24,3%	13,3%	15,8%	-8,5%	-5,4 %
Indice de fréquence	39,5	39,1	39,4	39,4	38,0	36
	-3,5%	-1,0%	0,7%	0,1%	-3,5%	-5,4 %

* 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 (33,4 % en 2009) ; au sein des nouvelles incapacités permanentes, elle reste au premier plan, avec une proportion de 31,1 % de l'ensemble des nouvelles incapacités permanentes en 2009.

Les accidents de travail routiers demeurent toujours la principale cause de décès, même si après une augmentation de leur part relative au sein des accidents mortels entre 2006 et 2008 (entre 20 % et 23 %), celle-ci diminue en 2009 pour atteindre 17,1 %.

Le secteur du bâtiment et des travaux publics est le secteur qui enregistre encore en 2009, le plus d'incapacités permanentes et de décès, cependant leur nombre est à la baisse, avec une diminution des incapacités permanentes de 3,4 % et une diminution des décès de 9 % (141 décès en 2009, contre 155 décès en 2008).

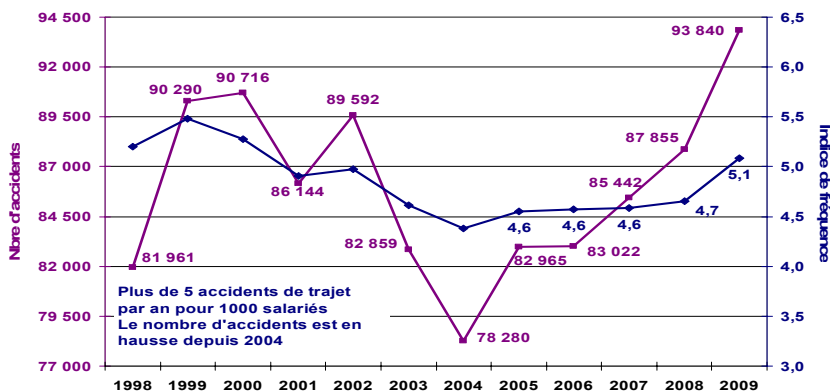
b) La tendance à la hausse des accidents de trajet sur les cinq dernières années se poursuit

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 est en augmentation continue depuis 2005 et atteint en 2009 son augmentation la plus importante de ces cinq dernières années (+ 6,8 %). Il convient de souligner qu'il s'agit d'une année particulière : en effet, le recul constaté de l'emploi (- 2.2 %) se trouvant quasiment compensé par l'augmentation des accidents de trajet routiers, le nombre d'accidents de trajet par véhicule reste stable. Il n'en va pas de même des accidents de plain-pied, dont l'augmentation de

l'indice de fréquence s'élève à plus de 34 %. Un suivi mensuel montre que le différentiel est imputable au seul premier trimestre au cours duquel les conditions climatiques ont été particulièrement difficiles pour les piétons.

Évolution du nombre d'accidents de trajet en 1^{er} règlement et de leur fréquence pour mille salariés sur la période 1998-2009



Source CNAMTS- Direction des risques professionnels/Statistiques technologiques

Le nombre d'incapacités permanentes consécutives aux accidents de trajet, qui était orienté à la baisse depuis 2005, augmente de 4,9 % en 2009.

Comme en 2008, le nombre d'accidents mortels enregistré en 2009 diminue (-8 %).

Depuis 2006, le nombre de journées perdues pour incapacité temporaire est orienté à la hausse et enregistré, en 2009, une augmentation de 6 % par rapport à 2008.

Évolution du nombre d'accidents de trajet pour les années 2005 à 2009*

	2005	2006	2007	2008	2009
Accidents de trajet en 1^{er} règlement	82 965	83 022	85 442	87 855	93 840
	6,0%	0,1%	2,9%	2,8%	6,8%
Nouvelles indemnités permanentes	9 593	8 856	8 646	8 022	8 417
	-4,9%	-7,7%	-2,4%	-7,2%	4,9%
Décès	440	384	407	387	356
	-9,5%	-12,7%	6,0%	-4,9%	-8,0%
Journées perdues	5 046 822	5 309 379	5 393 824	5 729 426	6 070 556
	-4,0%	5,2%	1,6%	6,2%	6,0%

* en italique, taux d'évolution annuelle

Source CNAMTS - Direction des risques professionnels - Statistiques technologiques

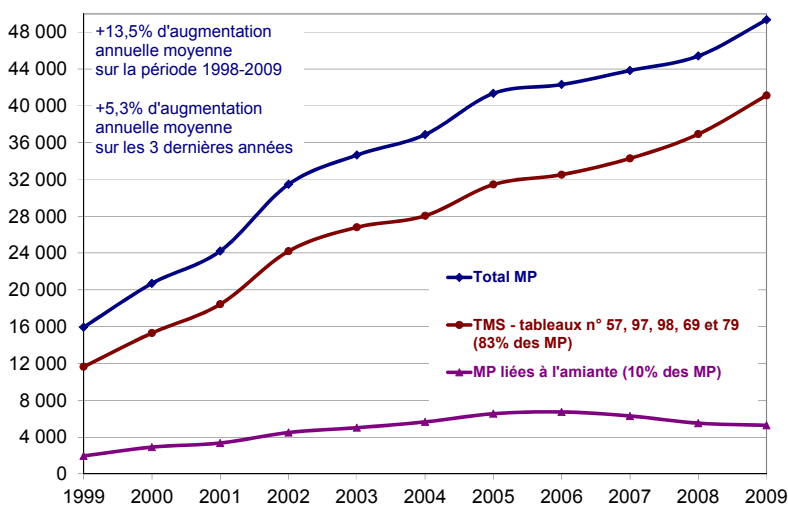
Le secteur des services enregistre encore en 2009 le plus grand nombre d'accidents de trajet avec arrêt (21 889 accidents), de nouvelles incapacités permanentes et de décès.

c) Les maladies professionnelles reconnues continuent d'augmenter sensiblement

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.

Entre 2008 et 2009, le nombre des maladies professionnelles augmente de plus de 8 %.

Évolution du nombre de maladies professionnelles sur la période 1998-2009



Source CNAMTS - Direction des risques professionnels - Statistiques technologiques

Toutefois, ce constat est à relativiser du fait d'une modification introduite en 2007 – et qui trouve son plein effet en 2008 – dans le traitement des dossiers de maladies professionnelles concernant plusieurs affections (dénommées syndromes) et figurant sur un même tableau.

En effet, jusqu'alors, lorsqu'une même déclaration de maladie professionnelle concernait plusieurs syndromes relevant d'un même tableau, les instructions prévoyaient de gérer une seule maladie. À partir de 2007, ce « code multi-syndromes » est abandonné, les maladies professionnelles sont alors traitées syndrome par syndrome.

Aussi, pour effectuer des comparaisons d'une année sur l'autre, le dénombrement des maladies professionnelles a également été effectué par victime, par tableau et par année civile, en ne comptabilisant qu'une seule fois les personnes se voyant reconnues deux maladies professionnelles ou plus sur le même tableau, au cours de l'année.

L'évolution du nombre de victimes entre 2008 et 2009 est alors de 5,1 %, ratio qui vient tempérer celui du nombre de maladies, mais pas le caractère préoccupant du constat.

Ainsi, depuis 2008, on observe une augmentation de tous les indicateurs sur les maladies professionnelles.

*Évolution du nombre de maladies professionnelles pour les années 2004 à 2009**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre de maladies professionnelles 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>	49 341 <i>8,7%</i>
Nombre de maladies professionnelles avec incapacité permanente	19 155 <i>21,0%</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>	24 734 <i>6,9%</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>	564 <i>32,7%</i>

* en italique, taux d'évolution annuelle

Source CNAMTS- Direction des risques professionnels/ Statistiques technologiques

Les affections articulaires représentent plus des trois quarts des maladies professionnelles de l'année 2009 (avec une part au sein des maladies professionnelles croissante d'année en année). Les affections et cancers dus à l'inhalation de poussières d'amiante en représentent 10,7 % (contre 12,1 % en 2008). Les affections chroniques du rachis lombaire occupent toujours une part relativement importante mais décroissante des maladies professionnelles (5 % en 2009).

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

N ° tableau et intitulé		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
57 Affections périarticulaires	Nombre de syndromes	23 672 <i>68,3%</i>	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>	37 728 <i>76,5%</i>
	Nombre de victimes	22 975 <i>67,8%</i>	24 006 <i>66,7%</i>	27 215 <i>67,6%</i>	28 218 <i>68,7%</i>	29 656 <i>69,9%</i>	31 658 <i>73,2%</i>	34 043 <i>74,9%</i>
30 Affections provoquées par les poussières d'amiante	Nombre de syndromes	4 366 <i>12,6%</i>	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>	4 298 <i>8,7%</i>
	Nombre de victimes	4 336 <i>12,8%</i>	4 807 <i>13,4%</i>	5 674 <i>14,1%</i>	5 822 <i>14,2%</i>	5 264 <i>12,4%</i>	4 501 <i>10,4%</i>	4 158 <i>9,1%</i>
98 Affections chroniques du rachis lombaire charges lourdes	Nombre de syndromes	2 260 <i>6,5%</i>	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>	2 485 <i>5,0%</i>
	Nombre de victimes	2 260 <i>6,7%</i>	2 312 <i>6,4%</i>	2 260 <i>5,6%</i>	2 249 <i>5,5%</i>	2 402 <i>5,7%</i>	2 334 <i>5,4%</i>	2 478 <i>5,4%</i>
42 Affections provoquées par les bruits	Nombre de syndromes	632 <i>1,8%</i>	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>	1 048 <i>2,1%</i>
	Nombre de victimes	632 <i>1,9%</i>	980 <i>2,7%</i>	1 198 <i>3,0%</i>	1 126 <i>2,7%</i>	1 214 <i>2,9%</i>	1 076 <i>2,5%</i>	1 048 <i>2,3%</i>
30 bis Cancers dus à l'amiante	Nombre de syndromes	652 <i>1,9%</i>	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>	981 <i>2,0%</i>
	Nombre de victimes	652 <i>1,9%</i>	818 <i>2,3%</i>	821 <i>2,0%</i>	867 <i>2,1%</i>	956 <i>2,3%</i>	914 <i>2,1%</i>	981 <i>2,2%</i>

Source CNAMTS- Direction des risques professionnels/ Statistiques technologiques

2. De nombreux acteurs, au sein desquels les partenaires sociaux sont étroitement impliqués, concourent à la politique de gestion du risque dans laquelle la prévention joue un rôle primordial

La priorité de la branche AT-MP est de prévenir les accidents de travail et les risques professionnels en déployant, notamment au travers de son réseau de caisses régionales, des programmes d'actions coordonnées de prévention.

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 sein de la branche AT-MP, plusieurs organismes concourent à la mission de prévention.

● *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.

C'est cette 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, 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 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 sont devenues les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) le 1^{er} avril 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) L'État et la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ont signé une convention d'objectifs et de gestion pour la période 2009-2012 dont la stratégie se déploie sur le terrain au moyen d'un plan national d'actions coordonnées et de plans d'actions régionaux

- *La convention d'objectifs et de gestion 2009-2012*

La convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche AT-MP pour la période 2009-2012 a été signée le 29 décembre 2008 par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et le directeur de la CNAMTS.

L'État et la branche se sont fixés comme objectif de développer une politique de prévention ciblée, reposant sur une coordination accrue au sein de la branche et sur des partenariats renforcés avec les autres acteurs de la prévention, notamment les services de santé au travail, l'objectif étant de démultiplier les actions en direction des PME/TPE.

Pendant la durée de la convention, quatre priorités constitueront le socle de l'action de la branche : les troubles musculo-squelettiques (TMS), les cancers d'origine professionnelle, le risque routier et les risques psychosociaux. Elles

seront complétées par les priorités sectorielles de chacun des 9 comités techniques nationaux.

Ces priorités sont assorties de quatre cibles prioritaires : les PME/TPE, les salariés seniors, les salariés menacés de désinsertion professionnelle, les salariés des entreprises sous-traitantes et les intérimaires.

La convention prévoit également que la CNAMTS veillera à renforcer la coordination en matière de prévention au sein de la branche. Il s'agira en particulier de renforcer la coordination des actions décidées par les branches professionnelles au sein des comités techniques nationaux, de mieux asseoir l'action régionale et paritaire des partenaires sociaux de la branche AT-MP et de redynamiser l'activité des comités techniques régionaux.

● *Le plan national d'actions coordonnées*

Pour mettre en œuvre la stratégie de prévention définie par la Commission des accidents du travail - maladies professionnelles, la CNAMTS a élaboré le plan national d'actions coordonnées 2009- 2012.

Ce plan définit un socle d'actions communes à l'ensemble des caisses qui doit être déployé de façon simultanée dans toutes les régions.

Il se concentre sur les quatre risques prioritaires retenus dans la convention d'objectifs et de gestion :

– la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS), l'objectif étant de stabiliser, d'ici 2012, l'indice de fréquence de ces maladies professionnelles dans les secteurs d'activités ciblés par les comités techniques nationaux ;

– la réduction du risque de cancers professionnels, la priorité sur la période 2009-2012 étant de soustraire 100 000 salariés aux agents cancérigènes mutagènes et reprotoxiques (CMR) et d'agir notamment auprès des PME/TPE pour une meilleure prise en compte du risque amiante ;

– le renforcement de la sécurité des conducteurs de véhicules utilitaires légers en misant sur l'amélioration de la sécurité des conducteurs et sur le déploiement d'actions de prévention du risque trajet ;

– la prévention des risques psychosociaux, l'enjeu étant de promouvoir auprès des entreprises la prévention de ces risques et de construire avec des partenaires une offre de service pour les entreprises confrontées à une situation difficile.

Ce plan national d'actions coordonnées se concentre également sur trois secteurs d'activité à forte sinistralité :

– les bâtiments et travaux publics, en agissant pour la prévention sur les chantiers (protections collectives contre les chutes de hauteur, mécanisation des manutentions et amélioration de l'hygiène et des conditions de travail ;

– la grande distribution, en conduisant toutes les enseignes à intégrer la prévention des risques professionnels le plus en amont possible pour la conception des locaux, la conception et le choix des matériels, la formation des managers et l'organisation du travail afin de réduire les troubles musculo-squelettiques dans ce secteur ;

– l'intérim, afin de promouvoir la prévention dans ce secteur.

Pour chacun de ces thèmes, un programme national d'actions a été défini avec, pour la première fois, des objectifs quantifiés de réduction du risque et de la sinistralité.

● *Les plans d'action régionaux*

Le plan national d'actions coordonnées est complété par des plans d'actions régionaux.

Propres à chaque caisse et validés par les partenaires sociaux des comités techniques régionaux, les plans d'action régionaux complètent le plan national d'actions coordonnées par des actions sectorielles, choisies en fonction du tissu économique de la région parmi les priorités de prévention définies en 2008 par les comités techniques nationaux.

La mise en œuvre de ces plans donnera lieu à un suivi régulier qui permettra aux comités techniques nationaux d'avoir un retour sur les actions engagées par les branches professionnelles sur les cibles qu'ils ont identifiées.

c) Le Gouvernement a lancé un second plan Santé au travail

Lancé officiellement par le ministre chargé du travail le 12 juillet dernier et construit en collaboration étroite avec les partenaires sociaux dans le cadre du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), le deuxième plan Santé au travail, qui s'inscrit dans le cadre de la « Stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail » pour les années 2007 à 2012 adopté le 21 février 2007 par la Commission européenne et fixant un objectif de réduction de 25 % du taux d'incidence des accidents du travail, définit les priorités de la politique de santé et sécurité au travail pour les années 2010 à 2014.

Ce deuxième plan s'articule autour de 4 axes principaux qui s'inscrivent dans la continuité du premier plan et proposent de nouvelles priorités.

Le premier axe concerne l'amélioration de la recherche et de la connaissance en santé au travail, ce qui implique de poursuivre l'effort engagé en matière de structuration et de développement de la recherche et de l'expertise dans ce domaine, de développer les outils de connaissance et de suivi, en particulier sur

la veille sanitaire, et d'agir sur la formation des managers, des travailleurs, des acteurs de la prévention et des membres des comités d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail.

Le deuxième axe consiste à développer une politique active de prévention des risques professionnels en ciblant des secteurs d'activité (bâtiment et génie civil, secteur agricole et forestier, ou secteur des services à la personne) particulièrement accidentogènes, des risques précis (chimiques, musculo-squelettiques, mais aussi psychosociaux et émergents) et des publics particuliers en raison de leur vulnérabilité (seniors, nouveaux embauchés, saisonniers) ou des progrès à accomplir (fonctions publiques, travailleurs indépendants).

Le troisième axe vise à encourager les démarches de prévention des risques dans les entreprises, notamment dans les PME et les TPE, ce qui suppose de sensibiliser aux risques professionnels les branches professionnelles, les entreprises et les salariés, mais aussi d'accompagner les entreprises dans le diagnostic et la construction de leur démarche de prévention. Une attention particulière est portée aux services de santé au travail qui constituent des acteurs majeurs de la prévention des risques et de l'amélioration des conditions de travail.

Le quatrième axe porte sur le pilotage et l'animation du plan et donc plus largement de la politique de santé au travail. Il s'agit d'approfondir les partenariats avec les acteurs de la prévention et les partenaires sociaux, à toutes les échelles. Ainsi, le plan sera décliné par chacune des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi. L'accent est également mis sur la communication pour donner de la visibilité à la politique de santé au travail et pour valoriser les actions de tous, en particulier de l'inspection du travail.

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.

d) Une nouvelle Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail a été créée

L'article 115 de la loi dite « HPST » dispose d'instituer par ordonnance un nouvel établissement de sécurité sanitaire, réunion de l'Agence française de sécurité des aliments (AFSSA) et de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET).

L'ordonnance du 7 janvier 2010 a été publiée au *Journal officiel* du 8 janvier 2010, après un important travail de concertation. La nouvelle Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) est chargée de l'expertise sanitaire sur ces trois champs de compétence.

Elle reprend toutes les missions, les moyens et le personnel, fonctionnaire ou de droit privé, de chacune des deux agences.

Le décret n° 2010-719 du 28 juin 2010 a permis la mise en œuvre de l'ordonnance et prévoit que l'ANSES est « *un établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle des ministres chargés de l'agriculture, de la consommation, de l'environnement, de la santé et du travail* ».

La création de la nouvelle agence est effective depuis le 1^{er} juillet 2010 et il est donc encore trop tôt pour formuler un jugement sur son apport en terme de sécurité au travail.

B. LE RÉSULTAT DE LA BRANCHE AT-MP S'EST FORTEMENT DÉGRADÉ EN 2009 MAIS DEVRAIT S'AMÉLIORER EN 2010 TOUT EN RESTANT DÉFICITAIRE

Le fait caractéristique majeur de l'exercice 2009 réside dans la forte dégradation du solde de la branche AT-MP, après l'excédent de 241 millions d'euros en 2008. Les prévisions pour 2010 font état d'une amélioration du solde, mais qui laisserait persister un déficit important.

1. Le solde de la branche redevient très déficitaire en 2009

Le compte de résultat de l'exercice 2009 de la branche AT-MP se caractérise par un déficit de 713,5 millions d'euros, faisant suite à un excédent de 240,6 millions d'euros en 2008.

Comme le souligne le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2010, la branche AT-MP, qui avait retrouvé l'équilibre en 2008 pour la première fois depuis 2001, « *présente en 2009 un solde très dégradé* ». Ce déséquilibre provient pour les deux tiers d'une hausse de 5,8 % des charges nettes et pour un tiers de recettes nettes en recul de 3,2 %.

La hausse des charges s'explique en grande partie par l'augmentation de 300 millions d'euros de la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et, dans une moindre mesure, par l'augmentation de 30 millions d'euros de la dotation de la branche au FCAATA.

S'agissant des produits, les recettes de la branche AT-MP ont moins bien résisté à la crise économique que celles des autres branches. Les produits nets diminuent ainsi de 3,2 % alors que la masse salariale du secteur privé n'a diminué que de 1,3 % en 2009.

2. Une part importante des charges de la branche demeure destinée à l'indemnisation des victimes de l'amiante

En France, la prise en charge des maladies liées à l'amiante a donné lieu, de façon singulière par rapport à tous les autres pays développés affectés de façon similaire par les conséquences tragiques de son utilisation, à la mise en place de deux fonds spécifiques qui soulignent l'attention que les pouvoirs publics ont accordée à ce dossier :

– 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)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
au FCAATA	500	600	700	800	850	880	880
au FIVA	100	200	315	315	315	315	315
Total annuel	600	800	915	1 115	1 115	1 165	1 165
Total cumulé	2 467	3 267	4 182	5 297	6 412	7 577	8 742

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 1 165 millions d'euros en 2010. 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 est ainsi utilisée à l'indemnisation des victimes de l'amiante. 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 2011, l'article 52 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 2010) et celle versée au FIVA à 340 millions d'euros (contre 315 millions d'euros en 2010).

3. Le solde de la branche devrait s'améliorer en 2010 tout en restant déficitaire

D'après le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2010, le résultat de la branche AT-MP devrait s'améliorer en 2010 de plus de 220 millions d'euros, tout en continuant néanmoins d'afficher un déficit de l'ordre de 500 millions d'euros.

Les charges nettes devraient ralentir en 2010, pour ne progresser que de 1,9 %.

Par ailleurs, les produits nets retrouveraient une dynamique positive et devraient croître de 4,1 % du fait de la hausse de l'assiette du secteur privé et de l'atténuation des effets de la crise.

C. LA BRANCHE A CONNU RÉCEMMENT DES ÉVOLUTIONS IMPORTANTES

L'article 54 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, invitait 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 ».

S'inscrivant dans cette perspective, la branche AT-MP a effectivement enregistré des évolutions importantes, qu'il s'agisse notamment de la reconnaissance du caractère constitutionnel du régime d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles, de la réforme du système de tarification ou de l'évolution de la gouvernance globale de la branche.

1. Le régime d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles a été jugé constitutionnel sous une réserve

Le Conseil constitutionnel a déclaré⁽¹⁾, le 18 juin 2010, en réponse à une question prioritaire de constitutionnalité qui lui avait été transmise par la Cour de cassation, que les dispositions du code de la sécurité sociale relatives au régime d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles étaient

(1) Décision n° 2010-8 QPC du 18 juin 2010.

bien conformes à la Constitution, tout en émettant néanmoins une réserve relative aux règles applicables dans le cas où l'employeur a commis une faute inexcusable.

Fruit d'un compromis réalisé à l'occasion du vote de la loi du 9 avril 1898 sur « *les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail* », les règles d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles instaurées par le code de la sécurité sociale prévoient une indemnisation forfaitaire et limitée du préjudice mise à la charge des caisses d'assurance maladie.

Dans la mesure où tout accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail est présumé d'origine professionnelle, les victimes bénéficient, en effet, d'une réparation automatique, dont le montant est fixé par avance et sans que la victime n'ait à prouver une faute de l'employeur en saisissant un tribunal. En contrepartie, les préjudices subis par la victime sont réparés sur une base forfaitaire et les employeurs bénéficient d'une immunité civile, sauf en cas de « faute inexcusable ». Dans cette hypothèse, la victime peut obtenir une indemnisation complémentaire et également agir en responsabilité contre son employeur devant la juridiction de sécurité sociale, pour obtenir la réparation d'une liste limitative de préjudices énumérés par l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale.

Ainsi, ce n'est que dans l'hypothèse assez rare de la « faute intentionnelle » de l'employeur que la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peut exercer une action en responsabilité sur le fondement du droit commun de la responsabilité civile et réclamer ainsi la réparation intégrale de son préjudice.

Depuis plusieurs années, des critiques s'élevaient contre le caractère partiel et forfaitaire de l'indemnisation en dehors de l'hypothèse d'une faute intentionnelle, qu'il s'agisse de critiques de la Cour des comptes ⁽¹⁾, de l'IGAS ⁽²⁾ ou de parlementaires ⁽³⁾. L'indemnisation dans le cadre d'un régime particulier, dont l'effet est l'absence de réparation intégrale, était souvent ressentie comme une injustice par les victimes.

(1) *Rapport public particulier sur La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles*, éd. JO, 2002 ;

(2) *La rénovation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles*, rapport de M. Laroque, mars 2004 ; *Vers la réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles*, rapport de M. Yahiel, avril 2002 ;

(3) *Voir notamment, à l'Assemblée Nationale, M. Muzeau, proposition de loi n° 342 du 24 octobre 2007 visant à améliorer la santé au travail des salariés et à prévenir les risques professionnels auxquels ils sont exposés et, au Sénat, A. David, proposition de loi n° 194 du 23 décembre 2009, visant à supprimer la fiscalisation des indemnités journalières versées aux victimes d'accident du travail, à instaurer la réparation intégrale des préjudices subis par les accidentés du travail et à intégrer le montant des cotisations accidents du travail et maladies professionnelles versé par les entreprises dans leur chiffre d'affaires soumis à l'impôt sur les sociétés (texte rejeté par le Sénat le 11 février 2010).*

Pour autant, le Conseil constitutionnel a, à une réserve près, jugé conforme à la Constitution le régime de sécurité sociale mis en place par le législateur en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Le Conseil constitutionnel a, en effet, estimé que l'institution d'un régime de sécurité sociale qui se substitue partiellement à la responsabilité de l'employeur et ne réserve la possibilité d'agir contre ce dernier qu'en cas de faute inexcusable ou intentionnelle trouve sa justification dans la conciliation entre, d'une part, le principe de responsabilité et, d'autre part, la mise en œuvre des exigences résultant du onzième alinéa du Préambule de 1946.

Il a également considéré, au regard du principe d'égalité, que les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles se trouvent dans une situation différente de celle des autres victimes et que cette spécificité de la situation du salarié fonde la compétence du législateur pour décider de l'application d'un régime différent.

Par ailleurs, le Conseil a estimé conforme à la Constitution, en dehors du cas de la faute inexcusable de l'employeur, le dispositif prévoyant l'allocation de prestations forfaitaires aux victimes d'accidents du travail, limitant le nombre de chefs de préjudice indemnisables et interdisant à la victime ou ses ayants droit d'agir contre l'employeur.

Néanmoins, il a estimé que, s'agissant d'une faute inexcusable, la liste limitative des préjudices alloués en application de cet article ne saurait priver la victime de la possibilité de demander à l'employeur, devant les juridictions de la sécurité sociale, réparation de l'ensemble des dommages non couverts par le code de la sécurité sociale. Cette réserve prive donc l'énumération de la liste de son caractère limitatif ou exclusif. Il appartiendra aux juridictions de la sécurité sociale d'apprécier si les victimes d'un accident du travail dû à la faute inexcusable de l'employeur ont souffert de dommages non couverts par le code de la sécurité sociale.

Il convient de souligner que cette décision est d'application immédiate à toutes les affaires non jugées définitivement à la date de la publication de la décision du Conseil constitutionnel.

2. Un nouveau système de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles a été mis en place

Le décret n° 2010-753 du 5 juillet 2010 a transposé, dans la partie réglementaire du code de la sécurité sociale, les mesures arrêtées, dans le cadre de l'accord national interprofessionnel du 25 avril 2007 et à l'unanimité des partenaires sociaux, lors de la commission des accidents et maladies professionnelles du 22 octobre 2009.

Cette réforme de la tarification des accidents du travail et maladies professionnelles vise à mettre en place un système plus simple, plus lisible et

offrant une plus grande sécurité juridique, le système actuel étant progressivement devenu, à l'encontre de l'objectif d'éviter en amont les accidents et les maladies par une incitation à la prévention, très complexe et peu lisible. Il s'agit essentiellement de rendre plus rapide la répercussion financière du coût des accidents et maladies professionnelles dans le calcul du taux de cotisation dû par l'entreprise.

Ce nouveau système de tarification vise ainsi à offrir aux entreprises une simplification du suivi et de l'analyse de leur tarification. Dans la mesure où chaque entreprise supportera un taux de cotisation dépendant directement du nombre et de la gravité des accidents et des maladies qui auront été reconnus les années précédentes, il devrait permettre de mieux sensibiliser les entreprises à l'intérêt de mesures de prévention, permettant d'éviter les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Cette réforme entrera en vigueur à compter de la tarification 2012, mais ne prendra ses pleins effets qu'en 2014. Elle s'articule autour de trois volets principaux.

a) Les seuils de tarification sont révisés

Dans le précédent système de tarification, trois modes de tarification coexistaient en fonction de l'effectif global de l'entreprise : collectif pour les entreprises de moins de 10 salariés, mixte entre 10 et 199 salariés et individuel au-delà. La réforme modifie ces seuils intermédiaires.

Conformément au protocole d'accord du 12 mars 2007 sur la prévention, la réparation et la tarification signé par les partenaires sociaux, le seuil de la tarification individuelle est en effet abaissé de 200 à 150 salariés. Parallèlement, le seuil de la tarification mixte passe de 10 à 20⁽¹⁾. Cette mesure constitue une simplification importante pour les 60 000 entreprises concernées (entre 10 et 20 salariés).

Mode de tarification	Système actuel	Collectif (1 à 9 salariés)	Mixte (10 à 199 salariés)	Individuel (à partir de 200 salariés)
	Futur système 2012	Collectif (1 à 19 salariés)	Mixte (20 à 149 salariés)	Individuel (à partir de 150 salariés)



Source : Assurance maladie – risques professionnels, dossier de presse, janvier 2010

Parallèlement, grâce au resserrement des seuils de la tarification mixte, la part individuelle du taux pour les entreprises de taille intermédiaire, celles dont la sinistralité est la plus élevée, augmente, les incitant ainsi à développer leur effort de prévention.

(1) Sauf en Alsace Moselle, où le seuil bas reste à 50 et le seuil supérieur passe à 300 pour le BTP ;

b) Les modalités d'imputation des sinistres sur le compte employeur sont revues

Jusqu'à maintenant, le taux brut de cotisation annuel était calculé à partir de l'ensemble des dépenses générées à l'euro près par tous les sinistres enregistrés dans l'entreprise par le passé. Tous les accidents ou les maladies éventuellement très anciens (arrêts longs, rechutes, soins post-consolidation) continuaient donc à peser sur le taux annuel de cotisation de l'entreprise aussi longtemps qu'ils généraient des dépenses.

La réforme proposée modifie les modalités d'imputation aux comptes employeurs par l'utilisation d'un barème de tarifs défini annuellement par grands secteurs d'activité et en fonction de la gravité des sinistres. Le principe consiste ainsi à imputer une fois pour toute après chaque accident ou maladie un montant choisi dans une grille de tarifs moyens calculé en fonction du degré de gravité du sinistre.

Cette tarification aux coûts moyens permet à l'entreprise de connaître, dès l'année qui suit la survenance du sinistre, le coût qui servira au calcul de son taux de cotisation durant les trois années qui suivent. L'entreprise sera donc immédiatement sensibilisée à prendre les mesures de prévention nécessaires.

c) Il devient possible d'appliquer un taux unique pour les entreprises multi-établissements

Si le principe retenu par la réforme est de continuer à calculer le taux de cotisation pour chaque établissement, il devient loisible à une entreprise de demander le calcul d'un seul taux de cotisation pour l'ensemble de ses établissements ayant la même activité.

Cette faculté est de nature à faciliter le développement d'une politique globale de prévention dans l'entreprise et à simplifier sa gestion par une centralisation sur une seule caisse régionale des contacts sur les sujets relatifs à la tarification AT-MP.

Cette réforme du système de tarification offre ainsi de nouveaux moyens pour sensibiliser les chefs d'entreprises à l'intérêt des mesures de prévention.

Elle simplifie le dispositif de tarification pour le rendre :

– plus facile à suivre pour les entreprises, qui n'auront plus par exemple à suivre d'éventuelles rechutes ;

– plus incitatif à la prévention par une répercussion plus rapide dans le taux de cotisation des conséquences d'un accident ou d'une maladie, puisque dès l'année qui suit le sinistre, l'entreprise connaîtra l'impact total sur son taux de cotisation ; cet impact dépendra de la gravité du sinistre (six niveaux de coûts seront utilisés de l'ordre de 200 euros à près de 30 000 euros selon la durée des

arrêts de travail ; une grille équivalente de quatre « coûts moyens » de 2 000 euros à près de 400 000 euros sera utilisé si la victime décède ou a des séquelles permanentes résultant de l'accident ou de la maladie) ;

– plus sûr juridiquement, puisque la simplification des calculs de taux devrait diminuer les contestations, sachant que le contentieux employeurs, concentré sur quelques milliers de grandes et moyennes entreprises, a représenté l'an dernier 443 millions d'euros de pertes pour la branche, soit environ les deux-tiers du déficit 2009.

3. Le dispositif des incitations financières à la prévention a été renforcé

Parallèlement à la réforme de la tarification, le dispositif des incitations financières à la prévention a été rénové. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a, en effet, instauré la mise en place d'aides financières simplifiées et renforcé le dispositif des majorations de cotisations pour les entreprises les plus exposées.

a) L'octroi d'aides financières simplifiées a été généralisé

Le 3° de l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 vise, en tirant les conséquences d'un dispositif expérimental qui avait fait ses preuves, 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.

D'après le dispositif, les entreprises éligibles aux programmes nationaux de prévention définis par la CNAMTS ou aux programmes locaux définis par une caisse régionale d'assurance maladie, pourra se voir accorder des subventions par une caisse régionale, dans des conditions qui devaient être précisées par arrêté.

b) L'efficacité des cotisations supplémentaires a été améliorée

• *Un montant minimal pour les cotisations supplémentaires a été fixé*

Le 1° de l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit, afin de les rendre plus dissuasives, qu'un arrêté déterminera désormais le taux, la durée pendant laquelle est due et surtout le montant forfaitaire minimal des cotisations supplémentaires imposées 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.

La mise en place d'un montant plancher contribuera 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 oeuvre, contre 50 % des cas actuellement seulement.

• *Un nouveau cas de dispense d'injonction préalable en cas d'imposition d'une cotisation supplémentaire a été mis en place*

Le 2° de l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 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 un établissement pour des situations particulièrement graves de risque exceptionnel, définies par voie réglementaire.

S'agissant de ces dispositifs d'incitations financières à la prévention, votre Rapporteur ne peut que renouveler son regret que toutes les mesures réglementaires prévues n'aient pas encore été édictées de façon à assurer à ce dispositif toute son efficacité.

4. La gouvernance régionale de la branche a évolué

a) Des commissions régionales des accidents du travail et des maladies professionnelles ont été créées

En région, des commissions régionales des accidents du travail et des maladies professionnelles (CRAT-MP) ont été mises en place.

Dans un grand nombre de caisses, les conseils d'administration s'étaient déjà dotés d'une commission de prévention. Cependant, la loi dite « HPST » a prévu la constitution dans toutes les caisses régionales d'une CRAT-MP composée sur le modèle de la commission nationale. Ses membres devront être choisis parmi les membres des comités techniques régionaux et du conseil. Elle pourra recevoir délégation de pouvoir du conseil, qui sera de toute façon tenu de la consulter sur les questions relatives aux risques professionnels.

b) Les comités techniques régionaux ont été réformés

Dans la perspective de la mise en place des futures CRAT-MP, la CATMP a précisé les missions et rôles des comités techniques régionaux (CTR). Compte tenu de leur proximité des entreprises, des pratiques professionnelles et des réalités locales, ils auront un rôle accru à jouer entre l'échelon national des comités techniques nationaux et les entreprises de leur région ; ils seront aussi impliqués dans la définition, le suivi et l'évaluation des plans d'actions régionaux.

Pour leur permettre de mieux remplir leur mission, la CATMP a souhaité redéfinir leur composition, leur organisation et leur statut. Ainsi, pour renforcer la cohérence entre instances nationales et régionales, une mise en correspondance des périmètres des comités techniques régionaux et des comités techniques nationaux a été prévue.

De même, la composition des comités techniques régionaux sera alignée sur celle des comités techniques nationaux, soit de seize membres (huit

employeurs et huit salariés) représentatifs des branches professionnelles relevant du domaine de compétence du comité.

Les comités techniques régionaux bénéficieront de moyens renforcés, puisque la convention d'objectifs et de gestion prévoit de doubler leur budget de fonctionnement, sur la base des dépenses exécutées en 2008, avec des possibilités de compléments tenant compte notamment de leur programme de travail.

Une évaluation du nouveau dispositif régional interviendra en 2011.

D. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 améliore la prévention des accidents du travail dans le secteur agricole et prend mieux en considération les victimes de l'amiante.

1. Des dispositions d'incitations financières en matière de tarification des accidents du travail sont mises en place dans le secteur agricole

L'article 50 étend au régime agricole les dispositifs d'incitations financières à s'engager dans une démarche de prévention des accidents du travail qui ont été introduits (*cf. supra*), pour les entreprises du régime général, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Il améliore, d'une part, l'efficacité des cotisations supplémentaires en leur fixant notamment désormais un montant minimal et donne, d'autre part, une base légale à l'octroi par les caisses de mutualité sociale agricole d'aides financières simplifiées sous forme de subventions directes.

2. Les victimes de l'amiante sont mieux prises en compte

a) Un délai plus long est laissé aux victimes pour faire valoir leurs droits

L'article 49 a pour objet de modifier la loi du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, qui a créé le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) afin de changer le régime de prescription des demandes d'indemnisation adressées au FIVA dans un sens plus favorable aux victimes.

Il retient ainsi une durée de prescription égale à dix ans, au lieu de quatre actuellement, et offre également un délai supplémentaire pour les personnes dont les dossiers ont été rejetés en 2009 et 2010.

b) Les victimes de l'amiante continuent de bénéficier de financements conséquents de fonds spécifiques

L'article 52 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 2011, tandis que celui destiné au FIVA est fixé à 340 millions d'euros.

3. Le phénomène de sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles reste 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 continuer à tenir compte de ces préconisations, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 maintient l'augmentation de la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie à 710 millions d'euros comme en 2010, afin de tenir compte des phénomènes de sous-déclarations.

EXAMEN 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 19 et mercredi 20 octobre 2010.

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2010

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 6

(art. 60 de la loi du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010)

Dotations à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires et au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

Cet article a pour objet d'organiser la restitution, par l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (ÉPRUS), d'une partie des contributions que les régimes obligatoires d'assurance maladie lui ont versés au titre des exercices 2007 à 2009. Il propose également de rectifier le montant de la contribution de ces régimes au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et à l'ÉPRUS.

1. La restitution aux régimes obligatoires d'une partie des dotations qu'ils ont versées à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires pour les exercices 2007 à 2009

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

• *Le statut de l'établissement*

L'ÉPRUS a été 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, afin d'améliorer la gestion des moyens humains et matériels de réponse opérationnelle aux crises sanitaires.

L'article 2 de cette loi, codifié à l'article L. 3135-1 du code de la santé publique, confère à l'ÉPRUS le statut d'établissement public de l'État à caractère

administratif, et le place sous la tutelle du ministre chargé de la santé. L'intérêt de ce statut tient à ce qu'il permet à l'établissement de recevoir une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Jusqu'en 2007, l'État assurait lui-même l'achat, le stockage et la livraison des produits de santé nécessaires au traitement des pathologies résultant d'actes terroristes, les régimes obligatoires d'assurance maladie étant tenus d'y contribuer *via* un fonds de concours créé par l'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Ce dispositif a dû être réformé après que, 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, du fait de son caractère obligatoire, ne figurait pas parmi les recettes qui peuvent abonder un fonds de concours.

Aussi, l'article 97 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a créé un établissement public à caractère administratif dénommé « Fonds de prévention des risques sanitaires », chargé de « *financer la prévention des risques sanitaires exceptionnels, notamment l'achat, le stockage et la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou au traitement d'un grand nombre de personnes exposées à une menace sanitaire grave, quelles que soient son origine ou sa nature* ». Il avait prévu que les recettes de ce fonds soient constituées notamment d'une contribution à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant était fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, sans pouvoir excéder 50 % des dépenses du fonds effectivement constatées. La loi précitée du 5 mars 2007 a substitué l'ÉPRUS à ce fonds.

• *Les missions de l'établissement*

L'article L. 3135-1 du code de la santé publique définit les principales missions de l'ÉPRUS :

– il assure la gestion administrative et financière de la réserve sanitaire instituée par l'article L. 3132-1 du code de la santé publique, issu de la loi précitée du 5 mars 2007, « *en vue de répondre aux situations de catastrophe, d'urgence ou de menace sanitaires graves sur le territoire national* » ; ce corps est composé notamment de professionnels et anciens professionnels de santé appelés à « *compléter, en cas d'événements excédant leurs moyens habituels, ceux mis en oeuvre dans le cadre de leurs missions par les services de l'État, des collectivités territoriales et des autres personnes participant à des missions de sécurité civile* » ; le directeur général de l'ÉPRUS est ainsi chargé du recrutement des réservistes et de leur affectation, le cas échéant, auprès d'établissements de santé, de cabinets libéraux ou d'administrations.

– il a pour mission, à la demande du ministre chargé de la santé, « *d'acquérir, de fabriquer, d'importer, de distribuer et d'exporter des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires*

graves », et de financer des actions de prévention des risques sanitaires majeurs ; c'est à ce titre, par exemple, qu'il a constitué en 2009 des stocks de vaccins contre la grippe A (H1N1), de masques respiratoires et de médicaments antiviraux.

– il est chargé, à la demande du ministre de la santé, de mener les mêmes actions pour des médicaments, des dispositifs médicaux ou des dispositifs 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'ÉPRUS acquiert des vaccins contre la méningite.

L'article L. 3135-1 du code de la santé publique prévoit la création, au sein de l'ÉPRUS, d'un établissement pharmaceutique chargé de fabriquer, d'exploiter, d'acquérir, d'importer, de distribuer et d'exporter des produits de santé nécessaires à la préparation et à la réponse aux urgences sanitaires. La procédure d'autorisation et de classement de cet établissement par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) est achevée depuis le mois de mars 2009.

● *Le financement de l'établissement*

L'article L. 3135-4 du code de la santé publique, créé par la loi précitée du 5 mars 2007, dispose que les ressources de l'ÉPRUS sont constituées par :

- des taxes prévues à son bénéfice ;
- des redevances pour services rendus ;
- le résultat de la vente 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 ;
- le reversement d'une part des honoraires perçus par les réservistes affectés à un cabinet libéral, et le remboursement à l'ÉPRUS des indemnités qu'il verse aux réservistes affectés auprès d'une personne morale ;
- une contribution 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.

Le dernier alinéa de l'article L. 3135-4 du code de la santé publique limite la contribution de l'assurance maladie au financement de l'ÉPRUS à 50 % des

dépenses engagées par lui pour constituer des stocks de produits de santé nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves et pour financer des actions de prévention des risques sanitaires majeurs.

Cet alinéa précise toutefois que « *le respect de ce plafond est apprécié sur trois exercices consécutifs* ». Ainsi, le dépassement de ce plafond sur un exercice ou deux est possible, pourvu qu'il soit compensé, au plus tard la troisième année, par une moindre dotation des régimes d'assurance maladie. Cette disposition permet une certaine souplesse dans la gestion de l'ÉPRUS, tout en garantissant que l'assurance maladie ne soit pas excessivement mise à contribution pour des dépenses de protection de la population qui, par nature, relèvent du domaine régalien et, de ce fait, doivent être financées prioritairement par l'État.

b) La réduction du montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement

Le I du présent article (**alinéa 1**) propose que l'ÉPRUS restitue aux régimes obligatoires d'assurance maladie la somme de 331 630 491 euros sur les contributions de ces régimes à la constitution de stocks de produits de santé au titre des exercices 2007 à 2009.

Cette restitution se justifie par le fait que les contributions des régimes obligatoires au Fonds de prévention des risques sanitaires puis à l'ÉPRUS au titre des achats de produits de santé ont dépassé le plafond de prise en charge de ces dépenses, c'est à dire 50 % sur trois exercices, comme le prévoit le dernier aliéna de l'article L. 3135-4 précité.

En effet, selon l'étude d'impact jointe au projet de loi, ces dépenses se sont élevées à 473 339 018 euros au total pour les exercices 2007 à 2009, tandis que les contributions des régimes obligatoires fixées par les lois de financement de la sécurité sociale successives ont atteint 568,3 millions d'euros. Or, la règle de plafonnement précitée limite ces contributions à 236 669 509 euros : le plafond prévu à l'article L. 3135-4 a donc été dépassé de 331 630 491 euros.

Achats de produits de santé nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves

en euros

	Dépenses de l'ÉPRUS	Part maximale incombant à l'assurance maladie	Dotation fixée par la loi de financement	Sous-consommation de la dotation fixée par la loi de financement
2007	51 005 458	25 502 729	175 000 000	149 497 271
2008	67 045 176	33 522 588	55 000 000	21 477 412
2009	355 288 384	177 644 192	338 300 000	160 655 808
Total 2007-2009	473 339 018	236 669 509	568 300 000	331 630 491

Source : données fournies par le cabinet de la ministre de la santé et des sports

D'après les informations fournies à votre Rapporteur par le cabinet de la ministre de la santé et des sports, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) n'aurait délégué à l'ÉPRUS que 352 millions d'euros sur les 568,3 millions d'euros que représentent les dotations votées pour les exercices 2007 à 2009. Ainsi, 216,3 millions d'euros de crédits seraient toujours dans les comptes des caisses, en attente de délégation à l'ÉPRUS.

Les montants de ces dotations avaient été fixés sur la base des dépenses d'achat de produits de santé programmées par le Fonds de prévention des risques sanitaires puis par l'ÉPRUS. Or, au cours des exercices 2007 à 2009, les dépenses réalisées ont été inférieures aux prévisions. L'écart porte notamment sur les dépenses d'achat de vaccins contre le virus de la grippe A (H1N1), évaluées à 807 millions d'euros au moment du vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, et finalement arrêtées à 295,5 millions d'euros pour la part prise susceptible d'être en charge par l'assurance maladie conformément à l'article L. 3135-4 du code de la santé publique.

L'alinéa 1 fixe également les modalités de la restitution.

L'ÉPRUS devra y procéder « *avant le 31 décembre 2010* ».

La somme restituée sera perçue par la CNAMTS, avec charge pour elle de la répartir entre les différents régimes contributeurs. Le présent article renvoie à un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget le soin de fixer les modalités de cette répartition. Selon les précisions fournies à votre Rapporteur, la somme restituée sera partagée entre les différentes caisses au prorata des contributions qu'elles ont versées.

Cette procédure, mise en place à des fins de simplicité de gestion de l'ÉPRUS, s'inspire du mécanisme établi par l'article R. 3135-13 du code de la santé publique, qui prévoit que la CNAMTS verse à l'ÉPRUS la dotation fixée par la loi de financement de la sécurité sociale pour le compte des autres régimes d'assurance maladie, et reçoit de ces derniers le remboursement de la part de cette contribution qui leur incombe.

2. La contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

a) L'activité du fonds

L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 crée le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), chargé de contribuer au financement des actions d'accompagnement social et des opérations d'investissements nécessaires à la restructuration de l'offre de soins hospitaliers. Ce fonds est abondé à cette fin par des participations des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Ces missions étaient précédemment attribuées :

– pour les établissements publics de santé et les établissements privés à but non lucratif, au Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FAMSO), créé par l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 pour accompagner des opérations de restructuration hospitalière en finançant des mesures sociales destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels concernés. L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 lui a substitué un Fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé (FMSES). Puis l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a élargi les missions de ce FMSES au financement de dépenses d'investissement et en a modifié la dénomination, devenue : « Fonds de modernisation des établissements de santé » (FMES) ;

– pour les cliniques privées, par le Fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP), institué par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, afin de financer des actions concourant à l'adaptation de l'offre de soins dans les établissements de santé privés à but lucratif.

L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a rassemblé au sein d'un seul instrument financier, géré par la Caisse des dépôts et des consignations, les fonds destinés à l'accompagnement des restructurations hospitalières. Il a ainsi transféré, à compter du 1^{er} janvier 2003, les obligations et créances du FMCP au FMES, et donné à ce dernier sa dénomination actuelle.

Parmi les opérations susceptibles d'être soutenues par une subvention ou une avance remboursable versée par ce fonds, on distingue deux volets principaux, concernant, pour l'un, les ressources humaines des établissements et, pour l'autre, leurs investissements. Par ailleurs, le FMESPP est aussi chargé de financer des missions nationales créées pour mettre en œuvre le plan « Hôpital 2007 ».

● *Le volet « ressources humaines »*

En application du II de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le FMESPP est chargé de financer « *des actions d'amélioration des conditions de travail* » des personnels des établissements et « *d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé* ».

D'après les informations fournies à votre Rapporteur, sur ses 337,63 millions d'euros de dépenses prévisionnelles pour 2010, le fonds a consacré 55 millions d'euros à ces actions, parmi lesquelles on peut distinguer trois types de projets :

– des aides collectives, finançant pour 10 millions d'euros les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail, négociés entre les responsables d'établissements de santé et les organisations syndicales représentatives, afin notamment de mettre en œuvre les mesures prévues par le plan « Santé au travail » 2010–2014 ;

– des aides visant à soutenir des actions de modernisation sociale, figurant par exemple dans le volet social des contrats d'objectifs et de moyens des établissements ;

– des aides individuelles, notamment des indemnités de départ volontaire et des aides à la mobilité ou à la reconversion professionnelle, qui financent l'accompagnement social des opérations de recomposition hospitalière ou la mise en œuvre des plans de retour à l'équilibre financier des établissements.

● *Le volet « investissement »*

Au titre du III de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le FMESPP a également pour mission de contribuer aux « *dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire* », lorsqu'elles sont engagées « *dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements, de réorganisation de l'offre de soins ou de création de communautés hospitalières de territoire* ».

Chaque subvention ou avance remboursable versée à ce titre fait l'objet d'une décision d'attribution du directeur général de l'agence régionale de santé compétent. Selon le cabinet de la ministre de la santé et des sports, le montant de ces aides atteindrait 256,29 millions d'euros en 2010.

Le FMESPP est ainsi mobilisé dans le cadre de plusieurs programmes nationaux, comme le plan « Hôpital 2012 », auquel il devrait contribuer à hauteur de 168 millions d'euros en 2010.

● *Le budget des missions nationales d'appui aux établissements de santé*

En application du III *ter* de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le FMESPP finance le fonctionnement de la mission sur la tarification à l'activité (MT2A), qui a été chargée de concevoir et d'expérimenter le système de tarification à l'activité (T2A), puis de proposer les mesures réglementaires et d'accompagnement technique nécessaires à sa généralisation. Le décret n° 2008-489 du 22 mai 2008 relatif à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a redéfini le statut de la Mission T2A, qui constitue désormais un service géré par l'ATIH dans le cadre d'un budget annexe, tout en conservant le principe de son financement par le FMESPP. Les dépenses exposées par le fonds à ce titre atteignent 2,65 millions d'euros en 2010.

Les III *ter* et III *quater* de l'article 40 précité de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 prévoient également que le FMESPP prend en charge les frais de fonctionnement de deux autres missions :

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

– une mission d'expertise et d'audits hospitaliers (MEAH), qui était chargée d'effectuer ou de diligenter des audits de la gestion et de l'organisation des établissements, ainsi que de diffuser les bonnes pratiques qui en ressortaient.

Toutefois, l'article 18 de la loi dite « HPST », qui a créé l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), a organisé le transfert à cette nouvelle agence des droits et obligations contractés pour le compte de ces deux missions. Or, l'article L. 6113-10-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi dite « HPST », qui définit les ressources de cette nouvelle agence, ne prévoit pas de subvention du FMESPP à la nouvelle Agence. Celle-ci étant mise en place depuis 2010, il n'aura plus à financer les deux missions en 2011.

• *Les autres actions de modernisation soutenues par le fonds*

Le FMESPP est mobilisé pour des projets de modernisation de l'offre de soins hospitaliers autres que ceux énumérés ci-dessus. Il a consacré 21,69 millions d'euros en 2010 à ces actions de modernisation.

À ce titre, il soutient notamment la modernisation des équipements techniques des services d'aide médicale urgente (SAMU) et des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), pour 13,39 millions d'euros en 2010.

Le tableau ci-contre retrace le budget du fonds pour 2010.

Budget 2010 du FMESPP

Ressources		Emplois	
Dotation des régimes assurance maladie	264 000 000	1) ressources humaines	55 000 000
Produits déchéance quadriennale	105 000 000	CLACT	10 000 000
Réduction dotation des régimes assurance maladie (PLFSS 2011)	- 105 000 000	Aides individuelles	45 000 000
Report crédits non consommés	73 634 808	2) investissements	256 294 808
		2-1 programmes nationaux	204 929 734
		5ème UMD - Plan de sécurisation	8 430 734
		Plan hôpital 2012	168 000 000
		Plan santé mentale UHSA	4 136 000
		plan Alzheimer UCC SSR	4 800 000
		plan Alzheimer UHR USLD	2 750 000
		Plan psychiatrie-santé mentale - PRISM -	10 000 000
		Plan douleur chronique rebelle	850 000
		Plan nutrition équipements personnes obèses	3 000 000
		Plan Maladies rares SIH	1 730 000
		Investissement dont systèmes d'information	1 233 000
		2-2 autres opérations d'investissements	41 000 000
		St-Pierre et Miquelon	11 000 000
		Protonthérapie d'Orsay	2 000 000
		CH Bastia	5 200 000
		CH d'Ajaccio	6 210 000
		GECT Puigcerda réengagement	4 340 000
		Clinique Conti l'Île Adam	700 000
		Hôpital Necker (AP HP) IMAGINE	10 000 000
		GCS Etoile Hadronthérapie	1 250 000
		plan Alzheimer UHR USLD (complément)	300 000
		3) Actions de modernisation	23 690 000
		GPEEC / GPMC	5 000 000
		Mise aux normes systèmes radio SAMU	13 390 000
		Accords de bonne pratique hospitalière	3 000 000
		Gestion des risques	2 300 000
		4) missions "Hôpital 2007"	2 650 000
		MT2A / ATIH	2 650 000
		MAINH	-
		MEAH	-
		5) crédits disponibles	
		solde réserve (provisoire)	10 365 074
TOTAL RESSOURCES	337 634 808	TOTAL EMPLOIS	337 634 808

b) La réduction de la dotation de l'assurance maladie au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés pour 2010

Le **II** du présent article (**alinéa 2**) tend à modifier l'article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, qui fixe notamment le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au FMESPP pour l'année 2010.

Le **1° du II (alinéa 3)** tend à réduire de 264 millions d'euros à 159 millions d'euros le montant de cette contribution.

Cette réduction de 105 millions d'euros correspond aux crédits déchés en application de l'article 61 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Cet article a, en effet, modifié l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, afin d'instituer une double procédure de déchéance des crédits du FMESPP :

– pour les crédits qui n'ont pas fait l'objet d'une décision attributive de subvention ou d'un agrément par une agence régionale de santé, dans un délai d'un an à compter de la délégation de ces crédits à ces agences par le fonds ;

– pour les crédits qui, bien que délégués par une agence régionale de santé à un établissement, n'ont pas fait l'objet d'une demande de paiement à la Caisse des dépôts et consignations, dans un délai de trois ans après le premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les crédits ont été délégués.

L'article 61 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 permet l'application rétroactive de cette procédure de déchéance. L'application de cette procédure conduit ainsi à prescrire 105 millions d'euros sur les sommes dues au titre des actions du fonds pour les exercices 2001 à 2005.

Selon l'article 61, les crédits déchés le sont au profit du fonds. Il est néanmoins proposé d'annuler les crédits ainsi déchés. Cette mesure a été annoncée par le ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique, le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État et la ministre de la santé et des sports dans la lettre qu'ils ont adressée le 28 mai 2010 aux membres du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Elle compte ainsi parmi les « *mesures correctrices* » annoncées par les ministres pour compenser le risque de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2010, que le comité d'alerte a évalué à 600 millions d'euros en l'absence de mesures nouvelles dans son avis n° 8 du 28 mai 2010.

Par nature, l'annulation de ces crédits ne remet en cause aucune action du fonds en cours d'exécution.

3. La dotation des régimes d'assurance maladie à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires pour 2010

Le 2° du II du présent article (**alinéa 4**) propose d'augmenter la dotation des régimes d'assurance maladie à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (ÉPRUS) au titre de l'exercice 2010.

A cette fin, il tend à modifier le IV de l'article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, qui fixe le montant de cette dotation à 44 millions d'euros, pour porter ce montant à 170 millions d'euros.

La dotation initialement fixée pour 2010 avait été calculée sur la base d'une programmation de dépenses de l'ÉPRUS s'élevant à 87,2 millions d'euros. Toutefois, l'annexe 8 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 indiquait qu'il était « *difficile d'établir avec précision une programmation 2010* », compte tenu notamment des « *incertitudes liées à l'évolution de l'épidémie* » de grippe A (H1N1).

Selon l'étude d'impact, les dépenses d'achats de produits de santé par l'ÉPRUS ont été réévaluées à 270 millions d'euros pour 2010, du fait d'une exécution des achats de vaccins anti-grippaux plus tardive que prévue. Or, le I du présent article tendant à restituer à l'assurance maladie son surplus de contribution pour les exercices 2007 à 2009, l'Établissement ne pourra pas compter sur un report de crédits pour compenser l'insuffisance de sa dotation initiale.

Surtout, le montant qu'il est proposé de fixer pour la dotation de l'ÉPRUS au titre de l'exercice 2010 tient compte des dépenses programmées pour les exercices 2010 à 2012. C'est, en effet, sur cette période triennale qu'est appréciée la règle de plafonnement des contributions de l'assurance maladie aux achats de produits de santé de l'Établissement, conformément à l'article L. 3135-4 précité.

Or, selon l'étude d'impact, les achats de produits de santé programmés par l'ÉPRUS pour cette période s'élèvent à 401,2 millions d'euros, ce qui porte à 200,6 millions d'euros au maximum le montant total des contributions de l'assurance maladie. Il serait ainsi envisagé d'échelonner ces contributions de la façon suivante : 170 millions d'euros en 2010, puis 20 millions d'euros en 2011 et 10,6 millions d'euros en 2012.

*

La Commission examine l'amendement AS 113 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Je suis très étonné que le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), dont l'utilité est patente, ne soit jamais sollicité en cours d'année. L'amendement propose d'affecter rapidement ses crédits aux agences régionales de santé qui en ont besoin. Par ailleurs, quel lien y a-t-il entre ce fonds et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. L'annulation des crédits ne remet pas en cause les actions du FMESPP qui sont en cours d'exécution. La suppression vise les sommes qui ont fait l'objet d'une procédure de déchéance, c'est-à-dire qui n'ont pas été attribuées un an après avoir votées ou qui ont été déléguées, mais dont le paiement n'a pas été demandé. On considère alors que le fonds n'en a pas besoin et que, dans un souci de bonne gestion, elles doivent être remises dans le fonds public. Quant aux agences régionales de santé, dont certaines ne fonctionnent pas encore, le budget prévoit de leur verser près de 200 millions d'euros.

M. Jean-Luc Prével. Quand on sait à quel point les établissements ont besoin d'argent pour se moderniser, on s'étonne que la somme prévue à cet effet dans le budget n'ait pas été utilisée en fin d'année. Il me semblerait assez simple de la déléguer dès le moment où nous la votons.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Sans doute n'y a-t-il pas eu de demande de paiement.

Après avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 113.

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 pour l'année 2010

Conformément aux dispositions de l'article L. O. 111-3 du code de la sécurité sociale, qui dispose que dans sa partie relative 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* », le présent article a pour objectif de modifier le montant et la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé pour l'année 2010, en fonction des prévisions de dépenses pour 2010 réactualisées au vu des réalisations des premiers mois de l'année.

1. Les prévisions de dépenses pour l'année 2010 réactualisées au vu des premières réalisations

Le rapport soumis à la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du 28 septembre 2010 procède à une réactualisation des prévisions de dépenses pour chaque sous-objectif de l'ONDAM. Il estime qu'en 2010, pour la première fois depuis 1997, l'ONDAM sera strictement respecté.

a) Un strict respect de l'objectif global

L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a fixé l'ONDAM à 162,4 milliards d'euros, ce qui correspond à une progression de 3 % des dépenses du champ de l'ONDAM par rapport aux réalisations de l'année 2009, telles qu'elles étaient estimées quand l'ONDAM pour 2010 a été construit.

Le rapport précité à la Commission des comptes de la sécurité sociale évalue à 450 millions d'euros le dépassement de l'ONDAM fixé pour 2009, et explique que ce dépassement, relativement faible, ne crée pas un manque de base suffisant pour affecter de façon significative le taux-cible de progression des dépenses auquel correspond l'ONDAM voté pour 2010.

b) Des évolutions divergentes des différents sous-objectifs

Le respect de l'ONDAM est le résultat d'évolutions contrastées de ses différentes composantes.

• *L'ONDAM ambulatoire est respecté*

Les dépenses de soins de ville, regroupées au sein du sous-objectif des « dépenses relatives aux soins de ville » souvent désigné comme l'« ONDAM ambulatoire », s'élèveraient à 75,2 milliards d'euros, ce qui correspond exactement au sous-objectif voté.

Ce résultat – très satisfaisant – découle d'évolutions divergentes parmi les composantes de l'ONDAM ambulatoire :

– les réalisations de l'exercice 2009 ont été révisées à la baisse pour 220 millions d'euros par rapport aux évaluations qui ont servi de base à la construction de l'ONDAM pour 2010 ; cet effet de base favorable rend plus aisé le respect du montant fixé comme objectif pour 2010, dans la mesure où il permet une progression plus importante des dépenses concernées ;

– le montant des remises conventionnelles négociées par le Comité économique des produits de santé (CEPS) avec les laboratoires pharmaceutiques a été revu à la baisse, pour 100 millions d'euros ;

– le coût de la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux a été réévalué à la hausse, pour 50 millions d'euros ;

– la modification du mode de calcul des indemnités journalières, annoncée par le Gouvernement le 28 mai 2010 parmi les « mesures correctrices » permettant de respecter l'ONDAM et censée permettre 70 millions d'euros d'économies dès 2010, n'aurait pas le rendement escompté, faute de pouvoir être mise en œuvre avant le mois de décembre.

• *Le dépassement de l'ONDAM hospitalier n'est compensé qu'au moyen du gel de diverses dotations*

Le rapport présenté en septembre 2010 à la Commission des comptes de la sécurité sociale souligne la « *dynamique plus élevée qu'attendu des dépenses hospitalières* ». Ces dépenses sont retracées par deux sous-objectifs de l'ONDAM, concernant pour l'un les dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité et pour l'autre les dépenses relatives aux autres établissements. Pris ensemble, ces deux sous-objectifs sont souvent désignés comme l'« *ONDAM hospitalier* ».

Le rapport précité évalue à 500 millions d'euros le dépassement du sous-objectif relatif aux établissements tarifés à l'activité.

Conformément aux recommandations formulées par M. Raoul Briet dans un récent rapport sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie ⁽¹⁾, dont les conclusions ont été validées lors de la conférence sur les déficits réunie le 20 mai 2010 par le Président de la République, certaines dotations ont été mises en réserve en cours d'année, afin de compenser le risque de dépassement identifié dès le 28 mai 2010 par le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Il s'agit notamment :

– de 300 millions d'euros sur l'enveloppe des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ;

– de 105 millions d'euros sur la dotation du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), que l'article 6 du présent projet de loi tend à annuler.

L'annulation de ces réserves permettra, selon le rapport précité présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale, de limiter le dépassement de l'ONDAM hospitalier à 100 millions d'euros environ.

• *100 millions d'euros seront restitués à l'assurance maladie sur l'ONDAM médico-social*

L'ONDAM médico-social regroupe deux sous-objectifs de l'ONDAM, qui retracent, pour l'un, les dépenses en établissements et services pour personnes âgées et, pour l'autre, les dépenses en établissements et services pour personnes handicapées.

Ces dépenses étant encadrées par un objectif global de dépenses (OGD) limitatif et versées sous forme de dotations à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'ONDAM médico-social constitue une enveloppe fermée et n'est susceptible d'aucun dépassement.

(1) Rapport remis au Premier ministre par le groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie présidé par M. Raoul Briet, avril 2010.

Toutefois, la sous-consommation des crédits du sous-objectif des dépenses en faveur des personnes âgées permet la restitution, au titre de l'exercice 2010, de 100 millions d'euros à l'assurance maladie. En effet, un récent rapport d'enquête conjoint de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales ⁽¹⁾ a mis en évidence des réserves accumulées dans les comptes de la CNSA, pour 1,855 milliard d'euros. L'accumulation de ces réserves résulte d'une sous-consommation récurrente des enveloppes destinées à la prise en charge des personnes âgées, qui étaient déterminées à partir des autorisations d'engagements recensées et non des crédits de paiement effectivement nécessaires. A partir de 2011, le mode de calcul du montant des dotations de l'assurance maladie à la CNSA au titre de la prise en charge des personnes âgées sera modifié : ces dotations seront établies en fonction du besoin de crédits de paiements de la CNSA, et non sur la base de ses besoins en autorisations d'engagement.

- *Le sous-objectif concernant les autres prises en charge est respecté*

Le dernier sous-objectif de l'ONDAM regroupe, sous l'intitulé « autres prises en charge », les remboursements de soins reçus par les assurés français à l'étranger, le financement d'établissements accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, notamment en matière d'addictologie, et la contribution de l'assurance maladie au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

Selon le rapport précité à la Commission des comptes de la sécurité sociale, ce sous-objectif devrait être respecté.

2. La rectification de l'ONDAM pour l'année 2010

Pour tenir compte des nouvelles prévisions de dépenses dans le champ de l'ONDAM pour l'exercice 2010, présentées par le rapport précité à la Commission des comptes de la sécurité sociale, le présent article propose de rectifier la ventilation de l'ONDAM pour 2010 comme l'indique le tableau ci-après, sans toutefois modifier son montant global.

Selon les précisions fournies à votre Rapporteur, les montants votés par le Parlement pour chaque sous-objectif ont fait l'objet de rectifications par voie réglementaire, afin de tenir compte des transferts de fongibilité entre les différentes enveloppes. Ces opérations résultent soit du transfert de certaines dépenses d'un sous-objectif à l'autre, soit des conversions d'activité de certains établissements ou services ayant pour conséquence de faire passer le financement desdits établissements d'un sous-objectif de l'ONDAM à un autre.

(1) *Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales, Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses, rapport conjoint n° 2009-M-036-02 et RM2009-141P, février 2010.*

Les principaux transferts de fongibilité opérés en 2010 sont liés à la conversion de certaines unités de soins de longue durée (USLD), dont les crédits sont compris dans le champ du sous-objectif de l'ONDAM relatif aux établissements de santé non tarifés à l'activité, en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), dont le financement est retracé par le sous-objectif de l'ONDAM relatif aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.

Rectification des montants de l'ONDAM pour 2010 et de ses sous-objectifs

(en milliards d'euros)

	Objectifs initiaux*	Objectifs arrêtés**	Objectifs rectifiés***	Variation
Dépenses de soins de ville	75,2	75,2	75,2	–
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	52,4	52,4	52,6	+0,2
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,8	18,5	18,4	– 0,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,0	7,3	7,2	– 0,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,9	7,9	7,9	–
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	1,0	1,0	1,0	–
Total	162,4	162,4	162,4	–

* Montants fixés par l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

** Montants arrêtés, tenant compte des transferts de fongibilité.

*** Montants proposés par l'article 8 du présent projet de loi .

*

La Commission examine l'amendement AS 446 de Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. L'amendement, qui vise à empêcher que l'assurance maladie ne récupère 100 millions sur l'ONDAM médico-social pour l'année 2010, est en parfaite cohérence avec les propositions de la mission d'information sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Celle-ci a préconisé d'éviter tout nouveau débasage de l'ONDAM médico-social et de dédier un chapitre de la CNSA à l'aide aux investissements pour les établissements. Nos concitoyens ne comprennent pas que les crédits prévus ne soient pas utilisés pour l'accueil des personnes âgées, alors qu'on manque de places.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. L'amendement est intéressant. Le responsable du ministère, que j'ai interrogé à ce sujet, m'a confirmé que, comme les années passées, l'ONDAM médico-social pour 2010 est sous-consommé à hauteur de 160 à 250 millions d'euros. Le souci de la bonne gestion commande de reverser les excédents importants, qui se sont donc cumulés à la CNSA entre 2006 et 2009, dans l'ONDAM général, afin que celui-ci soit politiquement fort et crédible.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Je voterai l'amendement, que je suis prête à reprendre si Bérengère Poletti envisageait de le retirer. Pour cette année, grâce à la mission menée par Valérie Rosso-Debord et au rapport de l'IGAS sur les comptes de la CNSA, nous savons qu'une partie de la non-consommation des crédits provient du fait que cette caisse dispose d'autorisations de programme et de crédits de paiement, alors que l'ONDAM ne prévoit cette année que des crédits de paiement. Cependant, nous ne disposons pas encore des autorisations de programmes à venir et tous les établissements se plaignent d'une dotation inférieure à celle des années précédentes. Conserver à la CNSA les 100 millions prévus permettrait du moins d'aller dans le sens du plan solidarité grand âge, qui prévoit plutôt d'augmenter que de diminuer l'effectif des personnels dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Mme Cécile Gallez. Étant donné le temps qu'il faut pour obtenir l'ouverture d'un EHPAD, il n'est pas anormal qu'on constate des excédents de crédit. J'espère que les appels à projet qu'on nous promet permettront d'aller plus vite. D'autre part, si l'on disposait de crédits plus importants pour investir, l'hébergement dans ces établissements reviendrait moins cher.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. L'adoption de l'amendement permettrait de répondre à des besoins criants. La mission d'information sur la CNSA, dont Bérengère Poletti était rapporteure, qui a relevé l'existence d'un reliquat, a aussi formulé des propositions afin d'améliorer l'utilisation des crédits de paiement et de conserver, pour 2011, les crédits non consommés, puisque beaucoup de dossiers ne sont pas financés. Je rejoins Jean-Luc Prél : il est curieux que le projet de loi de financement de la sécurité sociale ne permette pas de traiter une situation aussi paradoxale.

Mme Bérengère Poletti. Depuis que la CNSA existe, et alors même que l'ONDAM a été correctement augmenté chaque année, la totalité de ses crédits n'est pas consommée. En même temps, elle a élaboré des plans d'aide à l'investissement qui ne peuvent que contribuer à diminuer le reste à charge pour les pensionnaires. C'est pourquoi je préconise dans mon rapport qu'une partie de son budget serve à pérenniser ces plans. Faisons-le, puisque nous en avons l'occasion, en attendant que la nouvelle organisation en crédits de paiement et en autorisation d'engagement permette de mieux dépenser les crédits.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. On me dit que les programmes d'investissement sont adaptés aux projets présentés et que l'ensemble se traduira par la non-consommation de 150 millions d'euros de crédits en 2010. Au moment d'élaborer l'ONDAM, le Gouvernement a tenu compte de ce que ces crédits ne sont pas affectés.

M. Denis Jacquat. Par cet amendement, Bérengère Poletti soulève un problème connu – selon moi, beaucoup trop bien connu. L'année dernière déjà, les crédits destinés à la CNSA ont été victimes d'une sorte de « *hold-up* », 100 millions ayant été soustraits du jour au lendemain au prétexte qu'ils n'étaient

pas consommés, mais sans que l'on ait pris soin de se demander pourquoi. En province, on nous explique que l'État n'a pas d'argent puis, quand nous sommes à Paris, nous apprenons que les caisses ne sont pas aussi vides qu'on veut bien nous le dire ! Une amélioration est nécessaire sur le plan national pour garantir que tous les crédits destinés à la construction de maisons de retraite sont consacrés à cet objet et non à des jeux d'équilibre budgétaire. Je voterai cet amendement, car cette situation doit cesser.

*Contre l'avis du rapporteur, la Commission **adopte** l'amendement AS 446.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 8 **modifié**.*

*Elle **adopte** ensuite la deuxième partie du projet de loi ainsi **modifiée**.*

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2011

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 34

(art. L. 144-4-1 du code de la sécurité sociale)

Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie

Le présent article a pour objet d'étendre les missions du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, afin de remédier à certaines insuffisances du dispositif actuel de suivi de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de contribuer à un meilleur respect de l'objectif voté chaque année par le Parlement. Il vise ainsi à mettre en œuvre les recommandations élaborées par un groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie constitué à l'issue de la conférence sur le déficit du 28 janvier et présidé par M. Raoul Briet, dont les conclusions ont été validées lors de la conférence sur les déficits du 20 mai 2010⁽¹⁾.

1. Le dispositif actuel de pilotage de l'ONDAM

- *Un pilotage difficile, du fait du caractère non limitatif de l'ONDAM*

Voté tous les ans par le Parlement depuis qu'il a été institué par la loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) regroupe les dépenses d'assurance maladie,

(1) Rapport remis au Premier ministre par le groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie présidé par M. Raoul Briet, avril 2010.

d'accidents du travail et de maladies professionnelles sur lesquelles une politique de régulation doit s'exercer.

Le respect de cet objectif n'est toutefois pas garanti, car comme le souligne M. Raoul Briet dans son rapport, les dépenses d'assurance maladie ne procèdent pas, sauf exception, d'une allocation de crédits à caractère limitatif gérée par une autorité centrale, mais de décisions prises de façon décentralisée par les producteurs de soin et les assurés sociaux. C'est à ce titre que M. Raoul Briet analyse l'ONDAM comme ayant deux objectifs principaux :

– formaliser un objectif « *compatible avec les choix essentiels faits par le pays en matière de finances publiques* » ;

– servir de « *référence pour les politiques de régulation* » des dépenses.

Dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, la Cour des comptes explique ainsi que « *depuis l'origine, l'ONDAM repose sur une logique encore insuffisamment rigoureuse qui vise à assurer la maîtrise des dépenses de santé, à partir de trois phases successives* », consistant :

– d'abord, au cours de l'année $n - 1$, à définir l'ONDAM pour l'année n (il s'agit de la « *phase de programmation* ») ;

– ensuite, à suivre et piloter le niveau des dépenses au cours de l'année n ;

– enfin, au début de l'année $n + 1$, à constater les dépenses réalisés au cours de l'année n une fois l'exercice comptable clos, pour observer si l'ONDAM a été respecté ou non.

La difficulté qu'il y a à assurer le respect d'un objectif constituant une « *enveloppe ouverte* », dont témoignent les dépassements récurrents et importants que l'ONDAM a connus, a conduit les pouvoirs publics à renforcer progressivement le dispositif de pilotage de l'ONDAM.

● *La « procédure d'alerte » instituée par la loi du 13 août 2004*

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, a instauré une procédure d'alerte, mise en œuvre obligatoirement lorsqu'un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM est identifié en cours d'année.

L'article L. 114-4-1 institue à cette fin un « *comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie* », placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale, et le charge d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'ONDAM.

Le comité est composé du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique, social et environnemental. Il est placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Le comité d'alerte a pour mission 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. Il est précisé que cet avis analyse notamment :

– « *l'impact des mesures conventionnelles* » ;

– l'impact « *des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie* » ;

– les conditions d'exécution de l'ONDAM fixé pour l'année précédente « *et le risque qui en résulte pour le respect de l'objectif de l'année en cours* », par un éventuel manque en base dans la construction de l'ONDAM.

Lorsque le comité d'alerte considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses dépassent l'ONDAM, avec un écart supérieur à un seuil fixé à 0,75 % par l'article D. 114-4-0-7 du code de la sécurité sociale, il doit le notifier au Parlement, au Gouvernement, aux caisses nationales d'assurance maladie et à l'UNOCAM. Dans le cadre de cette procédure d'alerte, ces caisses ont l'obligation de proposer dans un délai d'un mois des « *mesures de redressement* », par le biais de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Le comité d'alerte rend alors un avis sur l'impact financier des mesures proposées, ainsi que sur celles que l'État a la faculté de lui transmettre pour avis dans un délai d'un mois suivant l'avis d'alerte.

● *L'amélioration de l'information du Parlement depuis la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale*

La loi organique n°2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a étoffé l'information fournie au Parlement sur la construction, la ventilation et le suivi de l'ONDAM.

Elle a notamment modifié l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale pour prévoir :

– que la loi de financement de la sécurité sociale décompose l'ONDAM en fixant au moins cinq sous-objectifs de dépenses ;

– que les lois de financement de la sécurité sociale constatent la réalisation des dépenses incluses dans le champ de l'ONDAM pour l'exercice écoulé.

Elle a également prévu, à l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, que les projets de loi de financement de la sécurité sociale soient

accompagnés d'un rapport présentant l'évolution de l'ONDAM pour les quatre années à venir.

• *Les « stabilisateurs automatiques » créés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008*

L'article L. 162-14-1-1, inséré par l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, comporte deux dispositions visant à assurer un meilleur respect de l'ONDAM en améliorant l'articulation entre le pilotage de cet objectif et les mesures conventionnelles ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des professionnels de santé :

– son I instaure une période d'observation de six mois avant l'entrée en vigueur d'une telle mesure ;

– son II prévoit que lorsque la procédure d'alerte susmentionnée est mise en œuvre et que le risque de dépassement constaté est imputable en tout ou partie aux soins de ville, l'entrée en vigueur d'une telle mesure est suspendue.

2. Les insuffisances du dispositif actuel de pilotage de l'ONDAM

Hormis en 1997 et en 2010, l'ONDAM a toujours été dépassé, de 2,44 % en moyenne entre 1998 et 2002, et de 0,74 % en moyenne depuis 2003. Ces dépassements montrent que le dispositif actuel de pilotage de l'ONDAM, s'il a gagné en efficacité, n'est toujours pas suffisant. Ses insuffisances tiennent notamment à la procédure de construction de l'ONDAM, aux procédures de suivi et de régulation infra-annuelles des dépenses et à l'information fournie aux parlementaires au moment du vote de l'ONDAM.

a) La procédure de construction de l'ONDAM ne suffit pas à garantir le réalisme de l'objectif

• *La base retenue pour la construction de l'ONDAM est régulièrement sous-évaluée*

L'ONDAM pour une année *n* est construit sur la base d'une prévision des dépenses de l'exercice *n-1*, laquelle est corrigée des modifications de périmètre envisagées et réévaluée en fonction de la croissance tendancielle des dépenses d'assurance maladie et de l'impact estimé des mesures nouvelles prévues.

Or, le rapport précité de la Cour des comptes montre que l'évaluation de cette base est effectuée « *non à partir des réalisations de l'exercice n-1, qui, à cette date, ne sont connues au plus que pour les premiers mois, mais par une actualisation des hypothèses qui avaient permis de déterminer les montants des sous-objectifs pour l'année n-1* ». Il peut en résulter des imprécisions : selon la Cour des comptes, « *l'écart entre la prévision des dépenses de l'année n-1 et les*

dépenses constatées in fine est à l'origine du tiers des dépassements des objectifs depuis 2005 ».

• *Les hypothèses sous-tendant la construction de l'ONDAM ne sont pas aisément vérifiables*

Le Cour des comptes estime que *« les hypothèses permettant de déterminer les évolutions tendancielle ne sont pas explicites, ce qui ne permet pas d'en assurer la validation ».*

Ce constat rejoint celui de M. Raoul Briet dans son analyse des causes du dépassement de l'ONDAM pour 2007 : *« les hypothèses retenues lors de la préparation de l'ONDAM 2007 apparaissent [...] exagérément optimistes, notamment en ce qui concerne les soins de ville (l'évolution des dépenses de médicament était notamment entachée d'une appréciation manifestement erronée) et alors que la commission des comptes de septembre 2006 faisait état d'une dynamique de croissance inquiétante des dépenses de santé, la progression de l'ONDAM retenue dans le projet de loi était la plus faible de la décennie ».*

• *Les économies prévues pour « boucler » l'ONDAM ne sont pas toujours évaluées de façon assez précise*

M. Raoul Briet constate que si l'évaluation de la croissance tendancielle des dépenses tend à s'améliorer, celle de l'impact des mesures d'économies prises pour corriger cette tendance *« apparaît en revanche plus incertaine ».*

Notamment, les économies attendues des actions de maîtrise médicalisée des dépenses sont souvent surévaluées. La Cour des comptes relève d'ailleurs que ces objectifs d'économies sont retenus pour 100 % de leur impact théorique dans la construction de l'ONDAM, alors que le programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale concernant la branche maladie les présente comme atteints dès que les économies réalisées représentent 80 % des économies prévues. D'ailleurs, dans son avis n° 7 du 29 mai 2009, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie estime le taux d'atteinte moyen de ces objectifs à 60 %.

M. Raoul Briet apporte trois explications à ces imprécisions :

– la complexité de l'évaluation *ex ante* de mesures pour lesquelles les données économétriques ne permettent pas toujours une prévision fiable ;

– une *« incitation à la surévaluation de l'impact des mesures envisagées du fait de la contrainte politique que représentent les mesures d'économie »* ;

– certaines difficultés de mise en œuvre des mesures prévues.

Aussi, lors de ses travaux sur la mise en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, votre Rapporteur a regretté le fait que sept mois après la promulgation de la loi, à peine plus de 21 % des textes

réglementaires nécessaires à son application avaient été pris. Un tel retard est regrettable, car les mesures d'économies qui ne sont pas mises en œuvre assez tôt dans l'exercice ne peuvent pas produire pleinement leurs effets, compromettant le respect de l'ONDAM.

- *Toutes les composantes des sous-objectifs de l'ONDAM ne sont pas définies avec précision*

On peut regretter, avec la Cour des comptes, que la liste détaillée des dépenses d'assurance maladie comprises dans chacun des sous-objectifs de l'ONDAM ne soit pas clairement présentée par les documents d'information fournis par le Gouvernement, car cette imprécision rend difficile la vérification du respect des sous-objectifs.

b) Le dispositif de suivi infra-annuel des dépenses ne garantit pas une régulation efficace des dépenses en cours d'exercice

- *Le pilotage de l'ONDAM pourrait être plus institutionnalisé*

Il n'existe pas d'organisme au sein duquel l'ensemble des acteurs responsables de la mise en œuvre des sous-objectifs de l'ONDAM soient réunis « pour faire le point des prévisions de dépenses et pour suivre les mesures d'économie », comme la Cour des comptes le juge souhaitable. Le pilotage de l'ONDAM est aujourd'hui éclaté entre la direction de la sécurité sociale et la direction générale de l'offre de soins du ministère de la santé, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la direction du budget et la direction générale du trésor.

- *Les principaux « rendez-vous » de suivi des dépenses sont en décalage avec le calendrier de production des données financières*

La Cour des comptes identifie « deux principaux points de rendez-vous pour actualiser les prévisions de dépenses en cours d'année » :

– au cours de la première quinzaine du mois d'avril, la direction de la sécurité sociale établit les tableaux de centralisation des données comptables, qui permettent de vérifier l'exactitude des prévisions de dépenses de l'exercice précédent, utilisées comme base pour la construction de l'ONDAM ;

– en novembre, les dépenses de soins de ville de l'année peuvent être extrapolées avec précision à partir des données disponibles pour le régime général de janvier à juillet.

Or, le calendrier d'examen, de diffusion et d'exploitation de ces données ne concorde pas avec ces points de rendez-vous :

– c'est en juin et en septembre que la Commission des comptes examine ses deux rapports annuels ;

– c’est avant le 1^{er} juin de chaque année que le comité d’alerte doit rendre son avis annuel, alors que les données sur lesquelles il se fonde sont disponibles dès la première quinzaine d’avril. Ce décalage a pour conséquence une perte de temps préjudiciable à l’efficacité des mesures de redressement qui seraient prises dans le cadre de la procédure d’alerte, ou des mesures correctrices prises pour compenser un risque de dépassement inférieur au seuil de déclenchement de la procédure d’alerte.

● *Les instruments de régulation infra-annuelle des dépenses ne sont pas adaptés aux risques de dépassement*

Comme le montre le rapport de M. Raoul Briet, les instruments actuels de régulation infra-annuelle dont disposent les pouvoirs publics pour rectifier l’évolution des dépenses en cas de risque de dépassement ne sont pas suffisants, et ce pour deux raisons.

D’une part, ils reposent principalement sur des outils de régulation *ex post*, dont M. Raoul Briet juge l’impact « *nécessairement limité* ». Il s’agit notamment de baisses de tarifs, de hausses du ticket modérateur, de mesures de déremboursement de médicaments à service médical rendu insuffisant et de report des revalorisations conventionnelles.

Dans la plupart des cas, actionner ces leviers suppose de suivre des procédures de consultation ou de négociation relativement longues, qui diminuent l’impact des mesures prises sur les dépenses de l’année en cours.

La mobilisation de ces outils en 2007, dans le cadre de la procédure d’alerte, illustre les limites de ce dispositif : alors que le comité d’alerte évaluait le risque de dépassement à 2 milliards d’euros, des mesures de redressement ont été arrêtées pour un montant de 400 à 800 millions d’euros, mais le dépassement constaté en fin d’exercice a atteint 3 milliards d’euros.

D’autre part, du fait des délais de mise en œuvre de la procédure d’alerte, il est difficile de prendre des mesures dont l’impact sur l’exercice en cours soit à la hauteur du risque de dépassement. En effet, l’avis du comité d’alerte est publié dans les derniers jours de mai, et les caisses disposent d’un mois pour proposer des mesures de redressement. Ces mesures ne peuvent donc être effectives que dans les derniers mois de l’année. Leur rendement en année pleine doit donc être au moins deux fois plus élevé que le dépassement constaté, ce qui amène la Cour des comptes à considérer que « *la conception d’un plan d’économies dans un délai restreint pour un tel montant est donc illusoire* ».

c) L’information des parlementaires est riche, mais pas encore suffisante

Bien qu’enrichie depuis 2005, l’information mise à la disposition des parlementaires avant le vote de l’ONDAM est jugée par M. Raoul Briet « *encore très parcellaire et souvent incomplète* ». On peut en effet regretter que l’annexe 7

du projet de loi de financement de la sécurité sociale, consacrée à l'ONDAM, comporte peu d'informations sur les éléments sous-jacents à la construction de l'ONDAM ou sur le suivi de l'impact des mesures nouvelles dans les années suivant leur entrée en vigueur.

3. Les propositions du rapport de M. Raoul Briet

Le rapport précité de M. Raoul Briet formule dix propositions principales visant à renforcer le pilotage de l'ONDAM.

Les trois premières concernent la construction de l'ONDAM. Elles visent à en renforcer la transparence et la rigueur technique. Il est ainsi proposé de :

– mettre en œuvre, via le comité d'alerte existant, une « *expertise externe sur les hypothèses techniques sous tendant la construction de l'ONDAM* » avant le vote de la loi de financement, pour crédibiliser l'ONDAM « *en rendant plus difficiles les biais manifestes* » dans son élaboration (proposition n° 1) ;

– rassembler dans une annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale les informations détaillées sur l'exécution de l'ONDAM de l'année en cours, ainsi que les hypothèses techniques faites pour la construction de l'ONDAM de l'année à venir, incluant notamment la décomposition de la croissance tendancielle des dépenses et une présentation détaillée des mesures correctrices et de leur impact (proposition n° 2) ;

– placer l'ONDAM dans une perspective pluriannuelle (proposition n° 3).

Les quatre propositions suivantes ont pour but de renforcer le pilotage actuel de l'ONDAM. Il est ainsi recommandé de :

– créer un comité de pilotage de l'ONDAM doté d'un statut légal, qui réunirait les ministres chargés de la santé et des comptes publics (ou, le cas échéant, les directeurs concernés), et qui mènerait ses travaux en lien avec les commissions compétentes des assemblées parlementaires (proposition n° 4) ;

– créer un « *groupe de suivi statistique* » rassemblant « *l'ensemble des acteurs de la production de données* », afin de renforcer le suivi statistique et comptable de l'ONDAM (proposition n° 5) ;

– augmenter la fréquence des avis obligatoires du comité d'alerte, qui pourrait publier un avis mi-avril sur l'incidence des réalisations connues de l'exercice antérieur sur le respect de l'ONDAM de l'année en cours, puis un avis avant le 1^{er} juin sur le respect de l'ONDAM, et enfin un avis avant le 15 octobre sur la construction de l'ONDAM (proposition n° 6) ;

– abaisser progressivement le seuil d'alerte à 0,5 % de l'ONDAM « *afin d'inciter l'ensemble des acteurs à une gestion préventive et continue des risques de dépassement* » (proposition n° 7).

Les trois propositions finales visent à doter le comité de pilotage de l'ONDAM et le comité d'alerte d'outils de régulation des dépenses qui soient adaptés aux risques de dépassement. M. Raoul Briet propose ainsi de :

– « *conditionner, sous la responsabilité du comité de pilotage, la mise en oeuvre de tout ou partie des mesures nouvelles* » contenues dans la loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que de celles susceptibles d'être décidées en cours d'année, au respect de l'ONDAM ; une telle mesure doit garantir que les mesures nouvelles ainsi prévues soient compatibles avec le respect de l'objectif (proposition n° 8) ;

– instaurer « *des mécanismes systématiques de mise en réserve en début d'année de dotations s'apparentant à des crédits budgétaires* », et charger le comité de pilotage de l'ONDAM d'en décider soit le dégel total ou partiel, soit l'annulation ; cette mise en réserve, inspirée des procédures applicables aux finances de l'État, pourrait porter sur un milliards d'euros environ, et toucher des crédits du Fonds d'investissement pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), du Fonds de modernisation des établissements de santé publics ou privés (FMESPP), des crédits de missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) des établissements de santé, et des enveloppes médico-sociales (proposition n° 9) ;

– prévoir, dans le cadre de la procédure d'alerte, des mécanismes de décision adaptés et des procédures de consultation simplifiées, afin que les mesures de redressement nécessaires puissent être mises en œuvre dans les meilleurs délais et produire autant d'effets que possible sur l'année en cours (proposition n° 10).

Lors de la conférence sur les déficits du 20 mai 2010, le Président de la République a validé les conclusions du rapport de M. Raoul Briet. Certaines de ses recommandations ont d'ailleurs été mises en œuvre :

– un comité de pilotage de l'ONDAM a été constitué dès l'été 2010 ; il est présidé alternativement par les ministres chargés des comptes publics et de la santé, et par le directeur de la sécurité sociale ;

– un groupe de suivi statistique a été mis en place ; il réunit, sous la présidence du directeur de la sécurité sociale, les représentants des directions d'administration centrales concernés et l'ensemble des organismes producteurs de données comptables sur les dépenses du champ de l'ONDAM ;

– le Président de la République a tracé une perspective pluriannuelle pour l'évolution de l'ONDAM, dont le taux de progression devra s'établir à 2,9 % en 2011 et à 2,8 % en 2012 ; le II de l'article 8 du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 tend à mettre en œuvre cette mesure, en prévoyant que l'ONDAM soit fixé comme suit :

Programmation pluriannuelle du montant de l'ONDAM

en milliards d'euros courants

Année	2010	2011	2012	2013	2014
Montant prévu pour l'ONDAM	162,4	167,1	171,8	176,6	181,6
Taux d'évolution	2,9 %	2,8 %	2,8 %	2,8 %	2,8 %

Source : article 8 du projet de loi de programmation des finances publique pour les années 2011 à 2014

– il a aussi annoncé l'abaissement progressif, d'ici 2012 ou 2013, du seuil de déclenchement de la procédure d'alerte à un dépassement de 0,5 % de l'ONDAM voté par le Parlement, contre 0,75 % aujourd'hui.

4. Le dispositif proposé

Le présent article vise à mettre en œuvre les deux propositions du rapport de M. Raoul Briet sur le pilotage de l'ONDAM dont l'application nécessite des modifications législatives :

– la première consiste à charger le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie d'émettre un premier avis sur la base de construction de l'ONDAM dès mi-avril de l'exercice en cours ;

– la seconde consiste à donner compétence à ce comité pour examiner les hypothèses retenues pour la construction de l'ONDAM et, le cas échéant, d'émettre un avis sur cette construction.

À cette fin, cet article tend à apporter deux compléments à l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, qui fixe les prérogatives et la composition du comité d'alerte (**alinéa 1**).

Le 1^o du présent article (**alinéas 2 et 3**) propose d'insérer après le deuxième alinéa de l'article L. 114-4-1 un alinéa tendant à donner compétence au comité pour rendre, « *au plus tard le 15 avril* », un premier avis qui :

– « *analyse les anticipations de réalisations* » de l'ONDAM de l'année précédente ;

– « *en déduit les conséquences sur le respect de l'objectif de l'exercice en cours* », qu'il s'agisse d'effets de base favorables ou défavorables.

Il est précisé que le comité mènera son analyse « *en se fondant sur les données statistiques disponibles* ». L'échéance du 15 avril correspond, en effet, à la date d'élaboration des tableaux de centralisation des données comptables relatives à l'année précédente, qui permettent d'évaluer de façon précise les dépenses de l'année n-1.

Ainsi, le comité d'alerte n'attendra plus la fin du moins de mai pour tirer les conséquences, sur le respect de l'ONDAM fixé pour l'année n, des réalisations de l'année n-1. Cette mesure permettra de tenir compte plus tôt des effets de base

affectant l'ONDAM pour l'année n et, le cas échéant, de prendre plus précocement des mesures correctrices.

Le 2^o du présent article (**alinéas 4 et 5**) tend à compléter l'article L. 114-4-1 par un alinéa qui donne compétence au comité d'alerte pour examiner « *les éléments ayant permis l'élaboration* » de l'ONDAM projeté pour l'année à venir. Ces éléments constituent les hypothèses sous-jacentes à cet objectif, c'est-à-dire l'évaluation des réalisations de l'année en cours, l'estimation de la croissance tendancielle des dépenses, la mesure des changements de périmètres de l'objectif d'une année par rapport à l'autre et l'évaluation de l'impact des mesures nouvelles.

Comme l'explique le rapport de M. Raoul Briet, soumettre ainsi la construction de l'ONDAM à une « *expertise technique externe* » vise à renforcer la crédibilité de l'ONDAM, en améliorant la transparence de sa construction et en garantissant « *son caractère techniquement rigoureux* », qui « *constituent des éléments clés de la crédibilité de l'ONDAM, de son opposabilité politique et de la capacité pour les décideurs à justifier ultérieurement les mesures infra-annuelles visant à assurer son respect* ».

M. Raoul Briet justifie le choix du comité d'alerte pour exercer cette mission, plutôt que d'un organisme *ad hoc* ou d'un autre organisme existant, en invoquant plusieurs raisons :

– la création d'un nouvel organisme technique nuirait à la lisibilité de la gouvernance du système ;

– le comité d'alerte jouit d'une indépendance suffisante pour assurer à ses avis la crédibilité nécessaire ;

– la « *légitimité technique* » du comité d'alerte est déjà établie ;

– le comité d'alerte est d'ores et déjà appelé par les textes en vigueur à être « *le gardien de l'ONDAM* ».

La deuxième phrase de l'alinéa 5 charge le comité d'alerte de rendre publiques les réserves qu'il peut avoir, le cas échéant, sur les hypothèses de construction de l'ONDAM. Il est, en effet, proposé que s'il constate que l'ONDAM proposé « *ne peut manifestement pas être respecté* », le comité « *rend un avis explicitant ses réserves* ».

Ainsi, la rédaction proposée ne rend pas systématique la publication d'un tel avis, à la différence de ce qui est prévu pour les autres avis du comité d'alerte. Au contraire, la publication d'un avis sur les hypothèses sous-jacentes à la construction de l'ONDAM serait limitée aux cas d'« *erreur manifeste affectant la sincérité de l'objectif* » proposé, comme le souligne l'exposé des motifs.

Cette mesure reprend une recommandation du rapport de M. Raoul Briet, qui juge préférable que le comité n'émette pas d'avis systématique sur la construction de l'ONDAM afin « *de ne pas faire naître de doute autour du projet de loi de financement lorsque les hypothèses qui le sous-tendent ne sont pas entachées d'un biais manifeste* ». Cette mesure doit permettre de conserver à l'intervention du comité « *un caractère dissuasif* ».

*

La Commission examine l'amendement AS 49 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Comme l'ensemble des avis émis d'ores et déjà par le comité d'alerte, il importe d'indiquer que l'avis rendu au plus tard le 15 octobre sur les réserves éventuelles sur les hypothèses sous-jacentes à l'ONDAM à venir doit être rendu public.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Que le Parlement soit informé par le comité d'alerte avant de voter sur l'ONDAM me paraît logique. Avis favorable.

La Commission adopte l'amendement AS 49.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 48 de M. Dominique Tian

M. Dominique Tian. Par cet amendement, je propose que le comité d'alerte procède à un contrôle et non à un simple examen des hypothèses sous-jacentes à la construction de l'ONDAM.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. Le comité d'alerte n'a pas à exercer un contrôle sur l'ONDAM, ce processus relevant plutôt de la Cour des comptes et de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS).

La Commission rejette l'amendement AS 48.

Elle examine ensuite l'amendement AS 233 de Mme Marisol Touraine.

Mme Martine Pinville. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale étant présenté dans ses grandes lignes fin septembre par le Gouvernement, nous proposons, pour une meilleure information des parlementaires, que l'avis du comité d'alerte soit rendu non pas le 15 mais le 1^{er} octobre, qu'il soit rendu public et transmis officiellement au Parlement.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La date du 15 octobre paraît plus cohérente : c'est en effet la date limite fixée pour le dépôt du projet de loi. Il paraît nécessaire de laisser un minimum de temps au comité d'alerte pour procéder à ses travaux une fois l'ONDAM connu. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 233.

Puis elle examine l'amendement AS 467 du rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La loi dite « HSPT » a fixé à six mois le délai préalable à l'entrée en vigueur des mesures conventionnelles de revalorisation tarifaire. Dans la mesure où la vie conventionnelle ne reprendra pas avant le printemps de l'année prochaine, un tel délai provoquera le report de l'engagement des négociations tarifaires à la fin de l'année 2012. Pour tenir compte de la non réévaluation des tarifs de certaines professions – sages-femmes, chirurgiens dentistes... –, il est proposé de le réduire à trois mois. Malgré son souhait du maintien du délai de six mois, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pourrait accepter cette évolution.

M. Jean-Luc Prél. Je suis opposé depuis le début au délai de six mois. J'ai moi-même déposé un amendement le supprimant. Dès lors qu'un accord est signé entre la CNAMTS et les syndicats représentatifs des professionnels, la seule raison d'être d'un délai, c'est de permettre de retarder la revalorisation.

Mme Catherine Génisson. Autant je suis favorable à la liberté d'évolution des conventions et à la fixation d'un délai pour leur approbation par les ministres, autant je comprends mal que la réduction du délai à trois mois soit limitée aux seules revalorisations tarifaires. Les conventions comprennent bien d'autres dispositions relatives au contrat citoyen entre médecin et patient.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Il s'agit d'une mesure conventionnelle. Pour autant, le délai de six mois nous paraît trop long. Toutefois, comme sa suppression n'est acceptée ni par les caisses, ni par les ministres, notre amendement tend à permettre, en vertu du principe « un tiens vaut mieux que deux tu l'auras », qu'une fois les conventions mises en application, les revalorisations puissent prendre effet à la fin de l'année 2011, et non en 2012, comme l'imposerait le délai de six mois.

M. Guy Lefrand. Même si tenter d'aller plus loin serait possible, cet amendement, qui va dans le sens de l'intérêt des professionnels de santé, est de qualité et de bon sens. Je le voterai.

M. Fernand Siré. Aujourd'hui faute de convention, le secteur est régi par la prolongation d'un système en théorie conventionnel mais en fait arbitraire car décrété par l'État. L'amendement permettra la revalorisation des tarifs de professions qui attendent cette revalorisation depuis parfois deux ou trois ans. De plus, le temps que soit reconnue la représentativité des syndicats, cette attente pourrait bien encore durer un ou deux ans supplémentaires. L'amendement ramène à des délais plus normaux une revalorisation prévue aussi bien par le Gouvernement que par les syndicats.

M. Yves Bur. Jean-Luc Prél a raison : un accord signé doit pouvoir s'appliquer sans délai. Sinon, pourquoi l'avoir signé ?

Cela dit, nous devons conserver un outil de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie. Telle était la fonction du délai de six mois. L'amendement constitue un moindre mal entre ce délai et l'abandon complet de tout stabilisateur.

M. Gérard Bapt. Le délai de six mois a pour objet de permettre au Gouvernement de vérifier que les mesures de maîtrise médicalisée, qu'elles soient comptables ou qu'elles portent sur la qualité, sont bien engagées par le corps médical. Le ramener à trois mois, c'est abandonner la balance. Si l'amendement exauce les vœux des syndicats – ce que je comprends –, il ne s'insère pas dans la démarche de vérification engagée par le Gouvernement ces dernières années en matière de maîtrise médicalisée.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. C'est la suppression totale du délai que les syndicats appellent de leurs vœux !

Le règlement arbitral qui régit la période actuelle n'autorise aucune négociation tarifaire. Des élections ont eu lieu. L'enquête de représentativité va être menée. Les unions régionales des professionnels de santé vont être constituées. Les nouvelles négociations pourront alors être engagées. Mais, l'ensemble de ces éléments nous conduit au moins jusqu'au printemps, voire jusqu'en juin 2011.

Dans ces conditions, le délai de six mois reporte jusqu'en 2012 toute possibilité de revalorisation, et ce pour des spécialités qui n'en ont pas connu depuis plusieurs années ; ouvrons donc ce délai de trois mois aux unions régionales, dont elles font partie. Si, au bout de trois mois, le comité d'alerte n'a pas déclenché les stabilisateurs économiques, le ministre pourra donner son accord à des négociations tarifaires. Le délai est simplement raccourci.

La Commission adopte l'amendement AS 467.

Puis elle adopte l'article 34 ainsi modifié.

Article 35

(art. L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale)

Révision périodique de la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

Le présent article a pour objet de rendre obligatoire une révision périodique des conditions de prise en charge par l'assurance maladie des actes et prestations des professionnels de santé.

À cette fin, il tend à modifier l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, qui subordonne la prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte et de toute prestation réalisés par un professionnel de santé à leur inscription sur une liste. Il s'agit, pour les actes techniques, de la classification commune des actes médicaux (CCAM), et pour les actes cliniques, de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), qui attribuent à chaque acte ou prestation un code et un tarif.

L'article L. 162-1-7 précise que, sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation sur ces listes ainsi que leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale de caisses d'assurance maladie (UNCAM), après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM).

Dans l'élaboration de la liste, l'UNCAM doit respecter des règles de hiérarchisation des actes et des prestations établies par des commissions constituées pour chaque profession, dont les rapports avec l'assurance maladie sont définis par une convention nationale, de représentants des syndicats représentatifs de la profession et de représentants de l'UNCAM. Le ministre chargé de la santé garde toutefois la possibilité de procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte pour des raisons de santé publique, après avis de la Haute Autorité de santé.

L'article L. 162-1-7 précise aussi que l'inscription d'un acte ou d'une prestation sur la liste des actes et prestations remboursables peut être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a aussi prévu la possibilité de subordonner la prise en charge d'actes en série à l'accord préalable du service du contrôle médical au-delà d'un certain nombre d'actes.

La CCAM recense 7 623 actes et prestations en 2009. Elle est ainsi caractérisée par une certaine densité, qui complique son actualisation.

C'est pourquoi le présent article tend à compléter l'article L. 132-1-7 du code de la sécurité sociale par un alinéa qui impose, « *pour tout acte nouvellement inscrit* » sur la liste, « *un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation* », dans un délai fixé à cinq ans après l'entrée en vigueur de la décision de l'UNCAM prévoyant l'inscription de l'acte à la liste des actes et produits remboursés et fixant les conditions de cette inscription ou prévoyant sa radiation, conformément au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Cette disposition vise à favoriser une mise à jour régulière de la CCAM, afin d'éviter qu'elle ne devienne obsolète, comme la nomenclature générale des actes et des prestations (NGAP), à laquelle elle s'est partiellement substituée en

2005, avait pu le devenir. Une révision périodique de la hiérarchisation des actes et prestations remboursés va, en effet, dans le sens d'une meilleure adaptation du tarif des actes et prestations à leur utilité médicale, compte tenu de l'évolution des techniques et des études qui peuvent être menées sur les actes et prestations après leur admission au remboursement.

*

La Commission examine l'amendement AS 50 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. L'article 35 semble permettre au Gouvernement de fixer les tarifs médicaux en passant outre à l'avis des partenaires conventionnels, instaurant ainsi un retour au système des « clés flottantes ». C'est pourquoi je propose de le supprimer.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. La mise à jour régulière de la classification commune des actes médicaux est une nécessité. Nous n'avons que trop tardé à réviser les nomenclatures. L'article propose une révision quinquennale de la classification. Nous savons tous que, du fait de l'évolution de certains actes depuis quinze ans, leur cotation doit être modifiée.

La Commission rejette l'amendement AS 50.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 122 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Il est judicieux de revoir régulièrement la hiérarchisation des actes professionnels, mais celle-ci nécessite l'avis de la commission *ad hoc*.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cette commission ne sera absolument pas court-circuitée, bien au contraire. Toute nouvelle classification commune des actes médicaux sera discutée par la commission *ad hoc*. La précision apportée par l'amendement est superfétatoire. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 122.

Puis elle adopte l'article 35 sans modification.

Article additionnel après l'article 35

Association des fédérations représentatives de l'hospitalisation aux rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé

Elle examine d'abord les amendements AS 369 de M. Jean Leonetti et AS 332 de M. Jean-Marie Rolland.

M. Yves Bur. Si la loi du 13 août 2004 confie aux représentants des médecins libéraux et à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) la fixation et la hiérarchisation des tarifs médicaux, les fédérations hospitalières ne sont ni consultées, ni même informées des discussions engagées dans ce cadre. Nous proposons donc que, avant leur validation définitive par le ministre, les mesures conventionnelles dont les répercussions sur le pilotage et la gestion des établissements de santé sont significatives puissent faire l'objet d'un avis préalable des fédérations hospitalières publique – la Fédération hospitalière de France (FHF) – et privée – la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP).

M. Jean-Marie Rolland. Même argumentation.

M. Claude Leteurre. Toute discussion conventionnelle comporte des répercussions sur le budget de l'hôpital. La demande des hôpitaux n'est pas de concourir aux décisions, mais grâce à une participation aux discussions conventionnelles, de pouvoir en être informés et mesurer leurs conséquences sur l'hôpital public.

Les amendements de nos collègues répondent à une demande récurrente et légitime de la FHF : ils sont donc essentiels.

M. Jean-Luc Prél. Nous avons déposé un amendement du même ordre après l'article 33, mais il ne figure pas dans la liasse des amendements ; dans ces conditions, pourrais-je être cosignataire de l'amendement AS 369 ?

M. Yves Bur. Bien sûr.

M. le président Pierre Méhaignerie. De même que notre collègue Jean-Marie Rolland.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je comprends la motivation qui a conduit nos collègues à déposer ces amendements. Mais si l'un ou l'autre de ces amendements était adopté, le fonctionnement des commissions conventionnelles relatives à la médecine ambulatoire risquerait d'être alourdi considérablement.

Pour autant, une information de fédérations hospitalières sur les accords conventionnels est absolument indispensable. Plutôt que leur insertion au sein des commissions conventionnelles, je préférerais un engagement de la ministre en séance publique sur des modalités d'information de ces mêmes fédérations. J'ajoute que je ne suis pas certain que les représentants des professionnels libéraux soient d'accord pour siéger dans de telles commissions. En définitive, on risque de créer une usine à gaz.

Mme Catherine Génisson. Les demandes des fédérations hospitalières sont légitimes. Il est certes vrai, comme l'observe le rapporteur, que ce dispositif compliquerait le travail des commissions paritaires et que les médecins libéraux n'y seraient pas favorables. Il n'en est pas moins nécessaire que les fédérations

hospitalières puissent exprimer leur avis, car il ne suffit pas qu'elles soient simplement informées.

M. Yves Bur. La démarche proposée ne me semble pas de nature à alourdir considérablement les procédures. Il ne s'agit, en effet, que de permettre aux fédérations hospitalières d'exprimer un avis motivé. Cela ne saurait qu'encourager une relation constructive entre le monde de la médecine de ville et celui de la médecine hospitalière. Une simple information ne suffit pas.

M. Claude Leteurtre. Compte tenu de la réalité des négociations conventionnelles sur le terrain, il est faux de dire que le dispositif prévu par le projet de loi est plus simple. La loi dite « HPST » vise en effet à assurer la perméabilité et la coopération des différents établissements. Or, un certain nombre de plateaux techniques, comme la radiologie, ne peuvent pas fonctionner sans un accord complet sur la définition d'une plate-forme mutuelle entre l'hôpital public et l'hôpital privé. Exclure les fédérations hospitalières n'a donc pas de sens.

Mme Jacqueline Fraysse. Je m'étonne de la disparition des amendements présentés par notre groupe sur cette question. Les fédérations hospitalières doivent pouvoir participer à ce processus et leur demande en ce sens est d'autant plus légitime qu'il en va de leur budget. C'est aussi un moyen d'établir un dialogue constructif.

Mme Catherine Lemorton. Nous avons également déposé plusieurs amendements en ce sens, qui n'apparaissent pas dans la liasse qui nous a été distribuée.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Comme l'a observé Yves Bur, l'essentiel est que les fédérations soient informées en permanence du contenu des négociations conventionnelles.

Mme Jacqueline Fraysse. Ce n'est pas cela : elles doivent donner un avis !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Ces négociations ne sont cependant pas les mêmes pour les fédérations hospitalières, qui négocient avec les caisses sur des objectifs quantifiés, et pour les professionnels libéraux – médecins, dentistes, infirmières ou sages-femmes. Il ne me semble donc pas souhaitable que les représentants des fédérations hospitalières siègent à la commission.

C'est la raison pour laquelle je propose de demander à la ministre comment informer au mieux les fédérations hospitalières du déroulement des processus conventionnels.

Avis défavorable, donc, aux amendements AS 369 et AS 332.

La Commission adopte l'amendement AS 369.

En conséquence, l'amendement AS 332 n'a plus objet.

Article additionnel après l'article 35

Consultation des fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privée sur les dispositions conventionnelles susceptibles de comporter des incidences sur le financement et le fonctionnement des établissements de santé

Contre l'avis défavorable du rapporteur, la Commission adopte l'amendement AS 368 de M. Jean Leonetti.

Article additionnel après l'article 35

Examen par la Haute autorité de santé de l'inscription sur la liste des prestations remboursables du second avis des anatomopathologistes

Elle examine ensuite l'amendement AS 280 de Mme Michèle Delaunay.

Mme Catherine Génisson. L'examen anatomopathologique, déterminant pour la prise en charge de certaines pathologies, notamment cancéreuses, doit ordinairement être répété pour la sûreté du diagnostic et de la conduite thérapeutique. L'amendement tend donc à ce que la Haute Autorité de santé détermine les conditions de la prise en charge du deuxième examen, actuellement insatisfaisante.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La loi a-t-elle vocation à statuer sur le remboursement de chacun des 7 500 actes répertoriés ?

Mme Catherine Génisson. Tel n'est pas le sens de l'amendement.

M. Claude Leteurre. Il serait stupide de nier qu'un second avis est fondamental pour bâtir un schéma thérapeutique. Ne pas le financer revient à se priver d'un examen parfois vital, qui peut en outre être source d'économie, car il permet de redresser un premier diagnostic erroné – positif ou négatif. Nous n'avons pas le droit de ne pas adopter cet amendement.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. Il sera toujours possible de demander l'avis de la Haute Autorité de santé sans passer par la loi.

M. Fernand Siré. Il n'y a jamais un examen anatomopathologique isolé. Il s'agit toujours d'examens croisés faits par deux ou trois praticiens. Et dans la circonscription dont je suis élu, en cas de doute, les prélèvements sont envoyés au centre d'oncologie de la faculté de Montpellier.

Mme Catherine Génisson. L'amendement ne porte que sur le principe, demandant de faire reconnaître par la Haute Autorité de santé la légitimité d'un deuxième, voire d'un troisième examen anatomopathologique. Cela me semble relever pleinement de la logique du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

La Commission adopte l'amendement AS 280.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il conviendra donc que nous interrogeons le Gouvernement pour connaître sa position.

Article 36

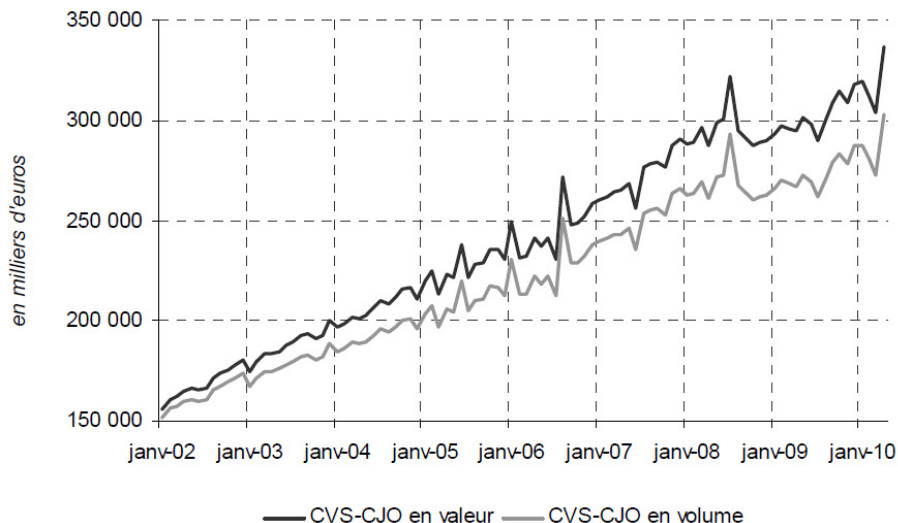
(art. L. 165-3 du code de la sécurité sociale)

Accords-cadres conclus entre le Comité économique des produits de santé et les représentants des fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux

Le présent article a pour double objet de prévoir la possibilité pour le Comité économique des produits de santé (CEPS) de conclure des accords-cadres avec les représentants des fabricants et des distributeurs de dispositifs médicaux, et de permettre au Comité d'infliger des pénalités financières aux exploitants de dispositifs médicaux qui manqueraient à leur engagement conventionnel de procéder à des études sur ces dispositifs après leur admission au remboursement.

Ces mesures de régulation des dépenses de dispositifs médicaux se justifient par la forte croissance des remboursements observée depuis plusieurs années : selon le rapport présenté en septembre 2010 à la Commission des comptes de la sécurité sociale, ces dépenses ont progressé de 14 % en 2008, de 6 % en 2009 et de 10 % en 2010, comme le montre le graphique ci-après.

Dépenses remboursées de dispositifs médicaux en ville



Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2010.

Des dispositions analogues figurent d'ailleurs dans la législation applicable aux laboratoires pharmaceutiques.

L'**alinéa 1** tend à modifier l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale, qui donne compétence au CEPS pour fixer, par convention ou, à défaut, par décision unilatérale, les prix des dispositifs médicaux admis au remboursement et celui des prestations et services d'adaptation associés. Selon l'article L. 165-1 du même code, les produits concernés sont les dispositifs médicaux à usage individuel, les tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et leurs dérivés, ainsi que les produits de santé autres que les médicaments remboursés par l'assurance maladie.

Le **1^o** du présent article (**alinéa 2**) tend ainsi à regrouper dans un I les actuelles dispositions de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale.

Le **2^o** du présent article (**alinéas 3 à 11**) tend à compléter cet article L. 165-3 par un II composé de huit alinéas, dont le premier (**alinéa 4**) prévoit la possibilité pour le CEPS de conclure, avec « *un ou plusieurs syndicats représentatifs ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs* » de dispositifs médicaux, un accord précisant le cadre des conventions qu'il passe avec les exploitants de dispositifs médicaux pour fixer les prix de ces produits.

Le dispositif proposé s'inspire largement de celui de l'article L 162-17-4 du code de la sécurité sociale, qui prévoit la possibilité pour le CEPS de conclure, avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des fabricants et distributeurs de médicaments, un accord précisant le cadre des conventions que le CEPS passe

avec les laboratoires pharmaceutiques pour fixer notamment les prix des médicaments. Cet accord vaut pour quatre ans au plus. Sur la base de ces dispositions, le CEPS a conclu un accord-cadre le 25 septembre 2008 avec *Les entreprises du médicament* (LEEM), dont l'encadré ci-dessous présente le contenu.

Accord-cadre du 25 septembre 2008 passé entre le Comité économique des produits de santé et les entreprises du médicament (LEEM)

L'accord-cadre organise notamment :

- des échanges d'information sur la consommation de médicaments et le suivi des dépenses remboursées (articles 1^{er} et 2) ;
- l'information du Comité sur le calendrier de cessation des droits de propriété intellectuelle détenus par les laboratoires (article 3) ;
- le cadre conventionnel pluriannuel dans lequel est fixé le prix des médicaments délivrés en ville (article 4) ainsi que la forme et le contenu de ces conventions (article 5) ;
- un ensemble de mesures visant à accélérer la mise sur le marché des nouveaux médicaments (article 6), particulièrement les médicaments innovants (article 7) ;
- la mise en œuvre des règles de déclaration du prix des médicaments achetés par les hôpitaux et de détermination des tarifs de responsabilité correspondants (articles 8, 9 et 9 bis) ;
- des avantages spécifiques pour des médicaments innovants, des médicaments orphelins et des médicaments pédiatriques (article 10) ;
- une procédure de suivi des nouveaux médicaments en pratique médicale réelle au moyen d'études réalisées après l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché, ainsi que les sanctions encourues par les entreprises qui manquent à leur engagement de réaliser ces études (article 11) ;
- une procédure visant à prévenir le retrait du marché de médicaments indispensables (article 12) ;
- le suivi du développement des médicaments génériques (article 13) et de l'automédication (article 14) ;
- des mesures visant à réguler les actions de promotion des médicaments de façon à favoriser un bon usage des médicaments (articles 15 et 16) ;
- les règles de calcul des remises dues par les laboratoires (articles 17 et 18).

Les deuxième à quatrième alinéas du texte proposé pour le II de l'article L. 165-3 (**alinéas 5 à 7**) énumèrent, de façon non limitative, les objets de l'accord-cadre sectoriel relatif aux dispositifs médicaux.

Le 1^o de cette énumération (**alinéa 6**) prévoit que l'accord devra préciser les conditions dans lesquelles les conventions passées par le Comité avec chaque exploitant de dispositif médical détermineront « *les modalités d'échanges d'informations* » entre ces entreprises et le CEPS « *en matière de suivi et de contrôle des dépenses de produits et prestations remboursables* ».

Cette mesure vise à améliorer la connaissance du marché des dispositifs médicaux remboursables. Comme le souligne le rapport d'activité du CEPS pour 2009, « *à la différence des médicaments, pour lesquels sont disponibles, presque*

sans délai, des statistiques de ventes homogènes, détaillées, exhaustives et fiables, les ventes de dispositifs médicaux sont dans la plupart des cas mal connues ».

Le 2° de cette énumération (**alinéa 7**) mentionne les conditions de mise en œuvre par ces entreprises des études de suivi de l'utilisation de leurs produits en condition médicale réelle, postérieurement à leur inscription sur la liste des dispositifs médicaux admis au remboursement prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Ces deux thèmes constituent deux volets de l'accord-cadre sectoriel précité passé entre le Comité et le LEEM.

Les quatre derniers alinéas du texte proposé pour le II de l'article L. 165-3 (**alinéas 8 à 11**) tendent à fixer le régime des pénalités applicables aux exploitants de dispositifs médicaux qui manqueraient à leurs engagements conventionnels concernant les études de suivi précitées. Ce régime est inspiré de celui des pénalités financières prévues par les treizième à dix-septième alinéas de l'article L. 162-17-4 du même code pour les exploitants de médicaments, qui ne réalisent pas les études pharmaco-épidémiologiques post-autorisation de mise sur le marché prévues par convention avec le CEPS.

Ainsi, le cinquième alinéa du texte proposé pour le II de l'article L. 165-3 (**alinéa 8**) prévoit la possibilité pour le Comité d'infliger une pénalité financière au fabricant ou au distributeur d'un dispositif médical qui manque à son obligation de procéder à une étude de suivi postérieure à l'admission de son produit au remboursement. Cet alinéa prévoit toutefois la possibilité pour le fabricant ou le distributeur concerné de « *présenter ses observations* » au préalable.

Le sixième alinéa du II de l'article L. 165-3 (**alinéa 9**) précise les règles de fixation du montant de cette pénalité :

- il sera établi « *en fonction de l'importance du manquement constaté* » ;
- il restera limité à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre des dispositifs médicaux concernés, ce chiffre d'affaires étant apprécié sur une période de douze mois précédant la constatation du manquement.

Le septième alinéa du texte proposé pour ce II (**alinéa 10**) fixe les règles de recouvrement de ces pénalités et d'affectation de leur produit. À l'image de ce qui est prévu pour les pénalités dues par les laboratoires pharmaceutiques, il est prévu que le recouvrement des pénalités dues par les exploitants de dispositifs médicaux soit assuré par des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) désignées à cet effet par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Dans le cas des pénalités dues par les entreprises pharmaceutiques, les opérations de recouvrement et de contrôle ont été confiées par le directeur de l'ACOSS aux URSSAF de Paris-région parisienne et de Lyon.

Le même alinéa précise aussi que les contentieux qui seront présentés contre les décisions infligeant une pénalité financière seront des recours « *de pleine juridiction* », comme pour les pénalités dues par les exploitants de médicaments.

Enfin, le dernier alinéa du texte proposé pour II de l'article L 165-3 (**alinéa 11**) renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de déterminer les règles, délais de procédure et modes de calcul des pénalités financières dues par les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux.

*

La Commission adopte l'article 36 sans modification.

Article additionnel après l'article 36

Modalités d'application du contrat d'engagement de service public souscrit par les étudiants en médecine et médecins

Elle examine l'amendement AS 111 de Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. La loi dite « HPST » a prévu une allocation, jusqu'à la fin de leurs études, pour les étudiants ou médecins qui s'engagent à exercer dans les zones médicalement déficitaires. Cet amendement complète certaines lacunes concernant le remboursement de ces aides lorsqu'ils souhaitent se dégager de leurs obligations.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La loi ne prévoyait rien pour la restitution des allocations perçues par l'étudiant qui abandonne. Avis favorable.

La Commission adopte l'amendement AS 111.

Article additionnel après l'article 36

Référentiels de la Haute Autorité de santé sur la prise en charge des maladies chroniques au domicile du patient

Puis elle examine l'amendement AS 330 de M. Jean-Marie Rolland.

M. Jean-Marie Rolland. Il s'agit de faire établir par la Haute Autorité de santé des recommandations de bonnes pratiques sur l'information des malades atteints de maladies chroniques – je pense en particulier aux cas où il faut choisir entre dialyse en machine ou dialyse péritonéale à domicile. Ces choix ont des implications humaines, physiologiques, sociales et économiques extrêmement importantes et ne doivent pas être affaire d'école.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il est normal que la Haute Autorité établisse des références claires dans ce domaine.

La Commission adopte l'amendement AS 330.

Après l'article 36

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 296 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Martine Billard. Il s'agit de plafonner le dépassement d'honoraires médicaux à 15 % pour les actes techniques. C'est une préconisation du rapport de l'IGAS.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 296.

Puis elle examine l'amendement AS 177 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement, comme le suivant d'ailleurs, revient sur le problème récurrent de l'assurance des professionnels de santé, notamment chirurgiens et obstétriciens. Il a pour objet d'éviter le risque d'absence de garantie lorsque la couverture assurantielle est insuffisante, de couvrir les praticiens au-delà de dix ans après l'arrêt de l'activité et d'interdire l'action récursoire de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. C'est un éternel chantier, et j'ai d'ailleurs déposé un amendement sur le sujet. Mais M. Gilles Johanet, spécialiste de la question, doit rendre un rapport dans les semaines qui viennent. Je propose d'attendre ses propositions. Le Gouvernement pourra les traduire en séance, à l'Assemblée la semaine prochaine ou au Sénat, ou en commission mixte paritaire. Nous aurons ainsi des règles précises.

M. Jean-Luc Prével. Pour obtenir une réponse du Gouvernement, rien de tel que de voter un amendement !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Dans ce cas, votez le mien, qui va plus loin.

La Commission rejette l'amendement AS 177.

Article additionnel après l'article 36

Mise en cause de la responsabilité civile des sages-femmes

Elle est saisie en discussion commune des amendements AS 176 de M. Jean-Luc Prével et AS 476 du rapporteur.

M. Jean-Luc Prétel. L'amendement AS 176 est défendu.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Le mien vise à étendre aux sages-femmes le bénéfice du dispositif de responsabilité civile professionnelle voté l'an dernier, qui permet la substitution de l'ONIAM au professionnel lorsqu'il a cessé son activité depuis plus de dix ans et que l'indemnité entraîne son insolvabilité. Cet amendement est indispensable au vu de l'article 40, relatif aux maisons de naissance.

La Commission rejette l'amendement AS 176 et adopte l'amendement AS 476 du rapporteur.

Après l'article 36

Elle examine ensuite les amendements AS 274, AS 272, AS 273 et AS 275 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Lors de la discussion de la loi dite « HPST », nous avons émis des réserves sur la rédaction de l'article relatif à l'éducation thérapeutique, qui exclut les contacts directs des laboratoires pharmaceutiques avec les patients, et demandé l'interdiction aussi des contacts indirects. Nous avons raison : cet été, dès la sortie des décrets d'application, les laboratoires se sont précipités auprès des collectivités territoriales et de l'agence régionale de santé de Midi-Pyrénées, et probablement des autres régions. Un grand laboratoire spécialiste de l'asthme, par exemple, a immédiatement fait le siège de la mairie de Toulouse pour obtenir, par le biais des réseaux de pharmaciens, les noms de personnes habitant dans des lieux insalubres pour « détecter les conditions de déclenchement de l'asthme » et « faire de la prévention » – bref, toutes sortes de bonnes intentions très bien enrobées pour, au final, pouvoir entrer directement en contact avec les patients. J'ai alerté le nouveau directeur de l'agence régionale, qui va sans doute instituer un comité d'éthique sur la question. Le problème est réel. Il faut interdire les contacts indirects.

M. Elie Aboud. Nous en avons déjà parlé à propos notamment du diabète : avec le système des réseaux de santé et les pompes à domicile, l'industrie pharmaceutique a les coordonnées de tous les patients. C'est une question morale qu'il faut traiter.

M. Denis Jacquat. Lorsque j'ai fait mon rapport sur l'éducation thérapeutique, les industries pharmaceutiques m'ont assuré que, tout en étant associées à des actions d'éducation thérapeutique, elles respecteraient l'interdiction de contact direct. Ajouter le terme « indirect » dans la loi pose un problème de définition. J'ai pu constater, par ailleurs, que les documents établis dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient, même lorsqu'ils mentionnent le nom d'un laboratoire, ne font pas de publicité pour un médicament spécifique.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous vous avons alertés sur la nécessité d'empêcher aussi les contacts indirects. Puisque les laboratoires pharmaceutiques acceptent le principe, ils ne devraient pas être froissés par cet amendement. Et compte tenu des pratiques dénoncées par Catherine Lemorton, il est essentiel, d'un point de vue éthique, que la loi soit précise.

M. Guy Lefrand. Mais ce que décrit Catherine Lemorton n'est qu'une tentative de contact direct, déjà interdit par la loi !

Mme Catherine Génisson. Il faut aller plus loin que ce qui est écrit aujourd'hui, pour empêcher des débordements inacceptables. Si le terme « *contact indirect* » pose problème, peut-être serait-il préférable de parler de contact « *direct ou non* ».

M. Denis Jacquat. Le contact direct est purement et simplement interdit et ce que décrit Catherine Lemorton me pose un grave problème. Demander une liste de patients ne doit pas se faire. Mais je voudrais comprendre : pourquoi aller demander une liste à des collectivités territoriales ? Elles ne fichent pas les patients !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La loi dite « HPST » prévoit déjà que les programmes ou actions d'éducation thérapeutique ne peuvent être ni élaborés, ni mis en œuvre par des entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament ou des personnes responsables de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic *in vitro*. Il en est de même pour les entreprises proposant des prestations en lien avec la santé.

Mme Catherine Lemorton. Nous ne sommes pas par principe contre l'industrie pharmaceutique, mais il ne faut pas être dupes : le volet de la loi dite « HPST » sur l'éducation thérapeutique a été écrit par elle. À Toulouse, ils ont pris les premiers contacts dès avril, pour être prêts à la sortie des décrets ! Bien sûr, aujourd'hui, ils n'ont pas encore enfreint la loi : ils vont voir les collectivités pour aider à la détection des habitations génératrices d'asthme, en passant par des réseaux de pharmaciens de la ville... Mais dans un an, ils parviendront à avoir des noms. C'est tellement problématique que l'agence régionale de santé a déjà décidé, je le répète, d'aller vérifier s'ils n'allaient pas constituer des fichiers de patients.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La loi résume l'ensemble des cas et interdit clairement le contact avec les malades aux personnes responsables de la mise sur le marché des dispositifs, c'est-à-dire des pharmaciens et des professionnels de santé. C'est écrit noir sur blanc. Avis défavorable aux quatre amendements.

La Commission rejette successivement les amendements AS 272 à AS 275.

Article additionnel après l'article 36

Organisation des activités de dialyse à domicile

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 470 du rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Le développement de la dialyse péritonéale à domicile est une demande récurrente depuis plusieurs années. C'est possible, dans le cadre des alternatives à l'hospitalisation. Le coût est moitié moindre que pour les patients des centres de dialyse, sans compter les économies de transports. Nous souhaitons l'encourager, lorsqu'elle est possible, dans l'intérêt du malade et en fonction de son état de santé.

M. Jean-Luc Préel. La dialyse à domicile existe déjà – la dialyse péritonéale, notamment, peut être une bonne solution – et de nombreux patients en bénéficient, dans les Pays-de-la-Loire par exemple. Pour la développer, il faut une volonté politique. Je ne vois pas comment écrire dans la loi qu'on « *organise le développement des activités de dialyse à domicile* » pourrait avoir des résultats concrets.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Si, en en faisant une mission des schémas régionaux d'organisation sanitaire élaborés par les agences régionales de santé.

Mme Marisol Touraine. Nous ne sommes nous non plus pas très sûrs de l'efficacité de cet amendement, mais nous n'avons pas de raison de ne pas le voter. Toutefois, nous regrettons que l'exposé sommaire ne porte que sur l'intérêt financier de la dialyse à domicile. La vraie question est de savoir si elle apporte un meilleur service à la personne. Lorsque la dialyse, pour des raisons médicales, ne peut pas avoir lieu à domicile, le fait que cela soit plus cher ne doit pas faire obstacle à ce qu'elle continue à être pratiquée à l'hôpital !

M. Fernand Siré. Dans ma circonscription, les patients se font dialyser à l'hôpital, à domicile ou dans le centre de dialyse du village, qui est l'extension d'une clinique. C'est un progrès. Mais les conditions de dialyse doivent être déterminées par le praticien, qui connaît bien son malade, en fonction de sa psychologie et son environnement. Les décisions ne doivent pas être prises pour des raisons d'économie, ou pour privilégier des entreprises privées de dialyse à domicile. Je regrette qu'on modifie la loi, alors que le système existant fonctionne bien.

M. Elie Aboud. L'hémodialyse et la dialyse péritonéale sont deux indications médicales complètement différentes. Il est vrai que la dialyse à domicile coûte moins cher, mais aucune considération financière ne peut déterminer quoi que ce soit dans la vie d'un insuffisant rénal. C'est une indication médicale, technique, prise sur la base de critères précis.

Mme Jacqueline Fraysse. La décision de dialyse à domicile est prise sur la base de l'état de santé du patient, mais aussi de son domicile et du fait qu'il comprenne plus ou moins bien le dispositif, selon son milieu social ou sa maîtrise de la langue. C'est donc une indication médicale, mais aussi médicosociale. Cela ne relève pas du domaine de la loi. J'ajoute que l'amendement met clairement en avant des préoccupations économiques, ce qui est inacceptable, et qu'il aboutira à favoriser des entreprises privées. Nous ne le voterons pas.

Mme Catherine Génisson. L'argument financier n'est effectivement pas acceptable. Il y a deux choses, outre le médical, à prendre en compte : l'environnement social du patient et son éducation thérapeutique.

Mme Michèle Delaunay. Nous lèverions l'ambiguïté en parlant de développer la dialyse à domicile « en accord avec l'indication médicale et l'intérêt du patient ».

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Tout cela relève des alternatives à l'hospitalisation. Mon but est de mettre cette question à la charge des agences régionales de santé, par le biais des schémas d'organisation sanitaire. Il est clair que le confort et le bien-être du patient à domicile sont absolument indispensables. S'il est question de financement et d'économies, c'est pour que cet amendement puisse prendre place dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Sinon, il faudra encore attendre un an, la prochaine loi de santé publique. Le taux moyen d'hémodialyse à domicile tourne autour de 8 à 10 %, mais il est déjà beaucoup plus élevé dans certaines régions comme la Franche-Comté. Il faut le faire progresser au niveau national.

M. le président Pierre Méhaignerie. C'est un moyen, pas complètement assuré, de faire passer cet amendement...

La Commission adopte l'amendement AS 470.

Après l'article 36

Puis elle examine les amendements identiques AS 181 de M. Guy Lefrand et AS 331 de M. Jean-Marie Rolland.

M. Guy Lefrand. Il s'agit de développer l'ensemble, cette fois, des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation. La loi dite « HPST » a donné aux directeurs des agences régionales de santé des pouvoirs importants en matière de schémas d'organisation sanitaire, tant hospitaliers qu'ambulatoires. À l'heure où les services d'hospitalisation à domicile ont du mal à remplir tous les lits autorisés, il est important de développer la prise en charge à domicile, pour des raisons financières certes, mais surtout pour le bien-être des patients.

M. Jean-Marie Rolland. Notre première préoccupation est le bien-être et l'autonomie des patients. Les écoles médicales ont une grande importance en France. Or, certaines préconisent quasi systématiquement la dialyse en centre, malgré des alternatives intéressantes du point de vue de l'intérêt du malade, comme de l'économie générale de la santé.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Votre exposé sommaire évoque le problème de l'insuffisance rénale chronique, mais nous venons de voter un amendement pour encourager la dialyse à domicile. Nous venons aussi de voter l'amendement de Jean-Marie Rolland qui étend les missions de la Haute Autorité de santé dans la promotion des soins à domicile. Attendons d'en voir les résultats avant de faire de même pour les agences régionales. Avis défavorable.

Mme Martine Billard. D'abord, si vous voulez développer l'hospitalisation à domicile, il faudra arrêter de vouloir réduire les dépenses en matière d'infirmiers à domicile. Ensuite, je ne suis pas forcément d'accord avec cette volonté, qui peut être fondée sur celle de réduire les coûts ou sur l'utopie qu'on serait toujours mieux à domicile qu'à l'hôpital. Les personnes âgées sont les plus concernées, qui ont déjà des difficultés à trouver les aides-soignants nécessaires et qui n'ont pas forcément une famille qui s'assure que les conditions requises par la prise en charge à domicile sont remplies. Il me semble qu'on a aujourd'hui tendance à renvoyer très vite les gens chez eux, sans se préoccuper des moyens nécessaires.

Mme Marisol Touraine. Je n'ai rien contre affirmer que l'hôpital n'est pas la seule modalité de prise en charge possible, mais ces amendements n'auront pas d'autre effet. « *Veiller à développer les modes de prise en charge alternatifs* », cela ne représente aucune contrainte : qui peut affirmer qu'on n'y a pas veillé ? On est dans le registre des bonnes intentions.

M. Guy Lefrand. Les directeurs des agences régionales étant chargés de rédiger les schémas d'organisation sanitaire, notamment ambulatoires, il est important de valoriser les modes alternatifs. Et si nous ne parlons que de « *veiller* » à développer, c'est parce qu'ils doivent se déterminer en fonction des possibilités locales.

M. le président Pierre Méhaignerie. Faisons attention à ne pas être les instruments de l'excès de législation que nous dénonçons habituellement. C'est pour cette raison, et non sur le fond, que le rapporteur est défavorable à ces amendements.

La Commission rejette les amendements AS 181 et AS 331.

Article additionnel après l'article 36

Publicité des conventions entre les membres des professions médicales et les entreprises

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 239 de Mme Marisol Touraine.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Il reprend un amendement qui avait été adopté par le Sénat dans le projet de loi de financement pour 2009, avant d'être rejeté en commission mixte paritaire. Il s'agit de renforcer la transparence de l'information en matière de santé en permettant au patient comme à n'importe quel citoyen de connaître l'existence de liens – rien de plus – entre les médecins et les entreprises hors du simple cadre de la communication publique.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Nous évoquons souvent cette question – autrement dit, celle des conflits d'intérêt. S'agissant des professionnels de santé, il existe un comité de déontologie et d'éthique ainsi qu'un conseil de l'Ordre, qui reçoit les contrats. S'il fallait aller plus loin dans la publicité de ces contrats, ce serait sans doute à lui de le faire – ou sinon, quelle autre organisation. ? Mais, comme l'amendement renvoie cette question au décret, je lui donne un avis favorable.

M. Gérard Bapt. J'avais demandé à chacun des présidents de laboratoires qu'avait reçus la commission d'enquête sur la grippe A(H1/N1) s'ils seraient opposés à publier tous les ans, comme cela se fait aux États-Unis, les conventions passées avec les professionnels de santé, dans le cadre d'activités de recherche ou pédagogiques. Tous avaient donné leur accord. C'est la crédibilité de la parole publique qui est ici en jeu – et c'est un grand problème de santé publique : aujourd'hui, la suspicion de conflit d'intérêt plane sans arrêt. La semaine dernière encore, le commissaire européen à la santé a remis en question la crédibilité de l'Agence européenne de sécurité alimentaire à propos des bisphénols.

M. Yves Bur. La commission d'enquête sur la grippe A a, en effet, bien montré la nécessité de transparence pour mettre un terme à cette suspicion. Aux États-Unis, la plupart des laboratoires publient la liste des médecins et experts qui travaillent pour eux. C'est dans ce sens qu'il faut aller. Un certain nombre de laboratoires envisagent d'ailleurs de le faire sans aucune disposition législative.

Mme Jacqueline Fraysse. La commission d'enquête a, en effet, fait apparaître une suspicion extrêmement préoccupante de la population à l'égard des institutions et de la parole publique. Toute mesure allant dans le sens de la transparence doit être prise. Il faut donc adopter cet amendement, la question technique sera vite résolue s'il y a volonté politique.

La Commission adopte l'amendement AS 239.

Article additionnel après l'article 36

Préparation de doses de médicaments à administrer

Puis elle est saisie de l'amendement AS 159 de M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Il s'agit d'améliorer la sécurité de la dispensation de médicaments, en particulier en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, où se posent de vrais problèmes. La préparation de doses de médicaments à administrer constitue un vrai progrès, mais des décisions judiciaires contradictoires ont été rendues et il n'y a pas de jurisprudence établie. Il est donc nécessaire de préciser la question dans la loi, puisque le décret qui devait être pris n'est jamais sorti.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Ce sujet revient tous les ans, et l'on attend toujours les décrets et circulaires.

Mme Catherine Lemorton. Cet amendement est extrêmement important. Il ne concerne pas que les établissements pour personnes âgées dépendantes, où tout cela reste assez contrôlé : en médecine de ville, on déconditionne les traitements de substitution aux opiacés pour donner sa dose chaque jour à un toxicomane. Cela se fait en dehors de tout cadre juridique, mais c'est tout de même obligatoire pour freiner les abus et l'économie souterraine...

La Commission adopte l'amendement AS 159.

Après l'article 36

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 160 de M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Il est complémentaire, à propos des personnes âgées dépendantes à domicile.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. Pourquoi un dispositif réservé aux personnes âgées ?

M. Jean-Luc Prél. Beaucoup de pharmaciens souhaitent être rémunérés pour la préparation des doses de médicaments administrés. La dispensation de médicaments en ville pose problème et cette disposition serait souhaitable pour les personnes âgées à domicile.

Mme Martine Billard. Le problème est réel : il y a beaucoup d'accidents dans la prise de médicaments des personnes seules, notamment âgées. Il faut trouver une solution. En revanche, les pharmaciens n'ont peut-être pas besoin d'être rémunérés pour cela...

M. Michel Heinrich. Il ne faut pas tout mélanger. D'un côté, les pharmaciens sont parfois obligés de déconditionner certains produits, notamment de substitution. De l'autre, ils pourront être amenés à constituer des piluliers hebdomadaires, ce qui modifie l'acte pharmaceutique en introduisant une prise de risque. Ne nous engageons pas trop vite : cela implique un débat avec les professionnels. Mais il ne serait pas choquant que les pharmaciens soient rémunérés pour cela, parce que cela prend un temps fou.

La Commission rejette l'amendement AS 160.

Article additionnel après l'article 36

Information lors du dépôt d'une demande d'autorisation de mise sur le marché d'un générique

Puis elle examine l'amendement AS 278 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Lorsqu'un laboratoire souhaite commercialiser sous forme générique un produit princeps tombé dans le domaine public, le laboratoire de référence est informé à trois reprises : par le demandeur, lors de la soumission du dossier ; par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), lors de la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché du générique ; et enfin par le Comité économique des produits de santé (CEPS), lorsque celui-ci fixe un prix. C'est sans doute cette spécificité française, plus que le comportement des médecins et des pharmaciens, qui expliquent que l'on n'ait pas atteint les objectifs en matière de génériques.

Les perquisitions effectuées dans le cadre de l'enquête de la Commission européenne sur le fonctionnement de la concurrence dans le secteur de l'industrie pharmaceutique ont permis de révéler les manœuvres utilisées pour retarder l'entrée d'un générique sur le marché. L'objectif de cet amendement – ainsi que du suivant, AS 279 – est au contraire de réduire le délai de commercialisation de ces produits.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Votre proposition peut, en effet, permettre d'éviter les manœuvres des laboratoires destinées à retarder l'arrivée des génériques sur le marché. Avis favorable.

M. Élie Aboud. Aujourd'hui, 50 % des génériques sont mis sur le marché par les laboratoires ayant commercialisé la molécule originale, et cette proportion tend à augmenter. Dès lors, le problème ne se pose plus vraiment.

La Commission adopte l'amendement AS 278.

Après l'article 36

Puis, après avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS 279.

Elle examine ensuite l'amendement AS 8 de M. Céleste Lett.

M. Céleste Lett. Cet amendement vise à permettre aux pharmaciens de confier la fabrication de piluliers à une entreprise ou un établissement pharmaceutique sous-traitant. Voilà dix ans qu'une telle disposition est à l'œuvre en Allemagne, où elle a permis des économies, en réduisant le nombre d'hospitalisations dues au non-respect des prescriptions par les patients – dont le coût est évalué à 3 milliards d'euros par an –, en retardant de cinq à six mois l'entrée en maison de retraite, et en réduisant l'écart entre prescriptions et facturations, qui représente en moyenne 0,30 euro dans les établissements accueillant les personnes âgées dépendantes, soit un coût annuel de 60 millions d'euros.

Au-delà des inquiétudes qu'il peut susciter dans le monde de la pharmacie, c'est un excellent amendement puisqu'il entraînerait des économies.

M. Michel Heinrich. Il me paraît plutôt dangereux, parce qu'il dénature complètement l'acte pharmaceutique en transformant la pharmacie en simple boîte aux lettres. La prescription est transmise au laboratoire, qui conditionne les médicaments et les renvoie à la pharmacie. On ne sait même plus ce qu'il y a dans les boîtes !

Je comprends la motivation de Céleste Lett, dont la ville accueille une entreprise spécialisée dans le conditionnement sous blister...

M. le président Pierre Méhaignerie. C'est légitime, si 300 emplois sont en jeu...

M. Michel Heinrich. En tout état de cause, le conseil de l'Ordre – qui, je l'ai vérifié, n'a pas été consulté – est foncièrement hostile à ce principe. Autant supprimer le pharmacien et permettre au patient de transmettre directement l'ordonnance à l'entreprise !

M. Jean Mallot. Je n'ai pas compris par quel mécanisme une telle disposition pouvait conduire à des économies.

M. Paul Jeanneteau. Je me pose la même question. Par ailleurs, il conviendrait de recueillir au préalable l'avis du conseil de l'Ordre des pharmaciens.

M. Guy Malherbe. Si le « forfait soins » n'a pas pu être installé comme prévu dans les EHPAD, c'est justement à cause du problème de la dispensation des médicaments, d'ailleurs pointé par un rapport de l'Inspection générale des

affaires sociales. L'expérimentation du forfait a montré que ce mécanisme ne fonctionnait pas.

M. Fernand Siré. Cette façon de conditionner les médicaments me paraît en contradiction avec la nécessité pour un médecin de moduler les traitements. Ainsi, dans les maisons de retraite où la prescription est renouvelée presque automatiquement, on en vient à donner des diurétiques à des personnes déshydratées. Un traitement médical doit être personnalisé ; il est dangereux de le programmer sur deux ou trois mois.

M. Céleste Lett. Tout d'abord, il n'existe pas encore d'entreprise de ce type dans ma circonscription. En revanche, on en trouve une en Allemagne, qui conditionne de cette façon depuis dix ans. La chaîne fonctionne parfaitement : le médecin fait une prescription qui est présentée au pharmacien, puis ce dernier la transmet à l'entreprise pour qu'elle conditionne les médicaments selon sa demande, avant de les livrer au patient par l'intermédiaire de la pharmacie.

Quant aux économies générées, elles sont de trois ordres : le nombre d'hospitalisations liées à une mauvaise prise de médicaments est réduit, la prescription et la facturation deviennent identiques – alors qu'aujourd'hui, une partie des médicaments achetés n'est pas consommée –, et l'admission en établissement est retardée.

Je suis persuadé que nous parviendrons à dépasser les corporatismes et à adopter cette disposition qui relève de l'intérêt général.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Selon moi, il est trop tôt pour le faire : ce dossier technique mérite un examen approfondi. Il convient notamment de consulter les pharmaciens et l'AFSSAPS, à cause des problèmes de sécurité pouvant se poser, et de vérifier si une telle disposition est de nature réglementaire ou législative.

Je demande donc le retrait de l'amendement, faute de quoi je donnerais un avis défavorable.

M. Céleste Lett. À une certaine époque, on me répondait que ce dossier relevait du domaine réglementaire. Mais il est examiné par le ministère depuis déjà un moment. Cela étant, je veux bien admettre qu'une consultation du conseil de l'Ordre des pharmaciens et de l'AFSSAPS pourrait être nécessaire.

La Commission rejette l'amendement AS 8.

Article additionnel après l'article 36

Règles d'application des quotas en cas de regroupement d'officines pharmaceutiques

Elle est ensuite saisie, en discussion commune, des amendements AS 471 rectifié du rapporteur et AS 103 de M. Guy Malherbe.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cet amendement tend à clarifier les règles d'application des quotas d'officines pharmaceutiques définies par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 : pour l'application du « gel » des licences, une erreur a conduit à prendre en compte non seulement les licences libérées, mais aussi la licence de la pharmacie issue du regroupement.

L'amendement AS 103 est retiré.

La Commission adopte l'amendement AS 471 rectifié.

Après l'article 36

Elle examine ensuite l'amendement AS 270 de Mme Catherine Lemorton.

M. Michel Liebgott. Pour réduire les coûts et dans l'intérêt des malades, il convient de lutter contre les stratégies de contournement de prescription des génériques dont usent médecins et pharmaciens sous la pression des laboratoires. L'amendement prévoit que l'AFSSAPS et l'Assurance maladie définissent un répertoire des équivalents thérapeutiques.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. L'idée est bonne, mais la proposition est trop ambitieuse et le délai fixé irréaliste. En outre, la publication des stratégies thérapeutiques les plus efficaces fait déjà partie des missions de la Haute Autorité de santé.

La Commission rejette l'amendement AS 270.

Article additionnel après l'article 36

Logiciels d'aide à la prescription et incitation à la prescription de génériques

Elle en vient ensuite à l'amendement AS 465 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Il s'agit de favoriser la diffusion et le suivi des recommandations et avis médico-économiques de la Haute Autorité de santé. À cette fin, l'amendement rend obligatoire l'intégration de ces informations dans des logiciels certifiés d'aide à la prescription. La convention médicale pourra instituer un dispositif d'aide à l'acquisition de ces logiciels.

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission adopte l'amendement AS 465.

Article additionnel après l'article 36

Renforcement de l'information des patients sur les sites informatiques non certifiés

Elle examine ensuite l'amendement AS 269 de M. Jean Mallot.

M. Jean Mallot. Cet amendement reprend une des préconisations du rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les médicaments. La Haute Autorité de santé, qui est chargée d'établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé, devrait également veiller à ce que les sites non certifiés fassent figurer sur leur page d'accueil des liens vers les sites institutionnels d'information en matière de santé.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. La certification des sites, déjà élaborée sous l'égide de la Haute Autorité, est la démarche la plus adéquate pour améliorer les pratiques.

Mme Catherine Lemorton. Lors de la discussion de la loi dite « HPST », Mme Bachelot avait accepté un de nos amendements prévoyant la présence d'hyperliens vers des sites institutionnels sur la page d'accueil des sites certifiés HON, c'est-à-dire « *Health on Net* ». Pourtant, il apparaît injuste de faire peser cette obligation sur des sites qui ont justement joué le jeu. Nous avons donc présenté dans le projet de loi de finances un amendement concernant cette fois les sites non certifiés, mais il a été refusé.

Des millions de nos concitoyens vont chercher des informations médicales sur des sites dont on ne connaît pas les auteurs – quand ces derniers ne sont pas des industriels du médicament ou des sectes opposées à la vaccination. Il convient de prévoir, sur la page d'accueil de ces sites « électrons libres », des liens vers les sites officiels, où l'information est vérifiée.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je le répète, la certification des sites relève déjà de la Haute Autorité. Mais, il paraît délicat de recenser tous les sites médicaux que compte la toile.

La Commission adopte l'amendement AS 269.

Article additionnel après l'article 36

Possibilité de prévoir un dispositif de rémunération des médecins à la performance dans la convention médicale

Puis elle est saisie, en discussion commune, des amendements AS 466 de M. Yves Bur, AS 469 du rapporteur et AS 171 de M. Jean-Luc Prével.

M. Yves Bur. L'amendement AS 466 poursuit un double objectif : intégrer les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) dans le champ conventionnel, et renforcer l'information du Parlement sur l'exigence des objectifs fixés aux praticiens et sur les économies réalisées.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je souhaite également que les dispositions contenues dans le CAPI soient reprises dans la convention médicale et que l'on puisse prévoir un dispositif de rémunération des médecins à la performance. Toutefois, je préfère mon amendement à celui de Yves Bur.

M. Yves Bur. L'information du Parlement me paraît pourtant essentielle.

M. Jean-Luc Prével. La rémunération du médecin doit être diversifiée, et il est en effet souhaitable qu'elle soit en partie liée à la performance.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je vous invite à cosigner mon amendement.

La Commission adopte l'amendement AS 469.

En conséquence, les amendements AS 466 et AS 171 deviennent sans objet.

Après l'article 36

La Commission en vient ensuite à l'amendement AS 235 de Mme Marisol Touraine.

M. Michel Issindou. Les dépassements d'honoraires sont une plaie de notre système de santé public. Nous souhaitons donc que les médecins qui les pratiquent effectuent au minimum 50 % de leur activité dans le secteur conventionné. Une telle mesure serait particulièrement utile dans certaines régions défavorisées où les patients n'ont pas vraiment la possibilité de choisir.

On attend beaucoup du secteur optionnel, mais il est peu vraisemblable que celui-ci suffise à régler le problème. Cet amendement propose donc une mesure concrète à même de moraliser les actes médicaux.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Le secteur optionnel constitue la meilleure réponse au problème des dépassements d'honoraires. La proposition a été signée par tous les

partenaires et il convient donc de leur laisser le temps de le mettre en place. S'ils n'y parviennent pas dans les délais prévus, il nous appartiendra de reprendre l'initiative.

M. Jean Bardet. Une telle disposition existe déjà concernant les praticiens hospitaliers disposant d'une clientèle privée. Il me paraîtrait juste de l'appliquer également aux médecins libéraux.

Mme Marisol Touraine. Le secteur 2 existe depuis 1980, mais l'inflation des dépassements d'honoraires ne pose un problème que depuis une quinzaine d'années. Tout le monde reconnaît qu'ils représentent un obstacle important à l'accès aux soins, mais aucune solution n'est présentée.

Le secteur optionnel n'est pas la solution : il permet seulement de contractualiser la manière dont les médecins effectuent les dépassements, sans leur fixer une limite.

On peut discuter des seuils et du mécanisme. Mais, alors que le nombre de personnes renonçant à se faire soigner augmente, et dans la mesure où, dans certains secteurs, il est impossible de trouver un spécialiste au tarif opposable, nous ne pouvons continuer à laisser perdurer cette pratique qui concerne toutes les parties du territoire. Ce serait encourager la dérive des dépenses de santé et le transfert du financement des soins vers les assurances complémentaires.

M. Jean-Luc Prél. Les dépassements d'honoraires sont, en effet, un sujet majeur. On insiste beaucoup sur l'accès de tous à des soins de qualité, mais il est important d'ajouter : « à un tarif opposable ». Il paraît donc souhaitable d'instaurer dans chaque région une forme de quota d'accès au tarif conventionnel.

Il est vrai que l'année dernière, un accord a été obtenu entre les professionnels de santé, la CNAMTS et les assurances complémentaires pour prendre en charge le secteur optionnel. Malheureusement celui-ci ne résout pas tout, d'autant qu'il est réservé aux plateaux techniques. En outre, le ministère ne l'a toujours pas validé. On ne sait même pas s'il y est favorable.

M. Jean Bardet. En complément de mes propos précédents, j'ajoute qu'il est scandaleux de payer 22 euros une consultation de généraliste.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je continue à penser que l'amendement vient trop tôt. Je préférerais demander à la ministre l'engagement de mettre en fonction le secteur optionnel. C'est elle qui a les cartes en main.

La Commission rejette l'amendement AS 235.

L'amendement AS 169 de M. Jean-Luc Prél est retiré.

La Commission est saisie, en discussion commune, des amendements AS 268 de Mme Catherine Lemorton et AS 299 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Catherine Lemorton. Pour déterminer si une molécule est susceptible d'apporter une amélioration à la santé de la population, encore faut-il pouvoir la comparer avec les médicaments déjà disponibles pour lutter contre une pathologie donnée. Or, aujourd'hui, la comparaison n'est effectuée que contre un placebo. Dans la mesure où l'appréciation du service médical rendu détermine le prix du médicament et le taux de remboursement, il convient de s'assurer que seules de réelles innovations sont mises sur le marché.

Mme Jacqueline Fraysse. La méthode actuelle paraît en effet peu scientifique : il faut comparer les nouvelles molécules aux médicaments déjà existants.

M. Élie Aboud. Sur le plan technique, vous avez raison. Mais il convient d'éviter qu'une telle comparaison ne donne l'occasion à un gros laboratoire de s'emparer d'une molécule potentiellement porteuse d'un meilleur service médical rendu.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Tous les responsables que nous avons consultés nous ont dit que l'essai contre comparateurs serait difficile à imposer de manière systématique. Avis défavorable.

Mme Michèle Delaunay. Je ne comprends pas cette réponse : tous les essais cliniques de phase III opèrent une comparaison avec ce qui est déjà disponible.

M. Élie Aboud. Mais nous parlons de la phase IV !

La Commission rejette successivement les amendements AS 268 et AS 299.

Puis, après avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS 271 de Mme Catherine Lemorton.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS 125 de M. Jean-Luc Prél, AS 276 de Mme Catherine Lemorton et AS 309 de Mme Jacqueline Fraysse.

M. Jean-Luc Prél. Le Comité économique des produits de santé (CEPS) prend des décisions très importantes : il fixe notamment le prix des médicaments, ce qui a des conséquences sur le budget des établissements de santé. Cet amendement a donc pour but de renforcer le contrôle démocratique des travaux de cette instance en prévoyant la présence de parlementaires et de représentants des fédérations hospitalières publiques et privées.

Mme Jacqueline Fraysse. Notre amendement a le même objet.

Mme Catherine Lemorton. Dans la mesure où le CEPS fixe le prix des médicaments, il serait en effet naturel que les parlementaires, qui votent le budget de l'assurance maladie, y soient représentés. C'est une question de transparence.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable, car la composition du Comité est fixée par décret. En outre, notre rôle est de voter la loi, pas de prendre des décisions d'ordre réglementaire. Enfin, beaucoup de monde siège déjà dans cet organisme – directeur de la sécurité sociale, directeurs généraux d'administrations, représentants des organismes d'assurance maladie, etc. –, sans compter le représentant du ministre, qui dispose d'une voix consultative. C'est un organe technique et non politique.

La Commission rejette les amendements AS 125, AS 276 et AS 309.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 157 de M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Il s'agit de développer la chirurgie ambulatoire en cabinet libéral. En particulier, le traitement de la cataracte peut être réalisé en toute sécurité après anesthésie locale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. Il n'appartient pas à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'autoriser les modes de prise en charge. C'est à la Haute Autorité de santé de se saisir du problème.

M. Jean-Luc Prél. Cela se pratique dans tous les pays, sauf le nôtre !

La Commission rejette l'amendement AS 157.

Article additionnel après l'article 36

Possibilité d'inclure dans l'accord national entre l'assurance maladie et les centres de santé un dispositif de rémunération à la performance

Elle examine ensuite l'amendement AS 468 du rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Il vise à ce que les dispositions du contrat d'amélioration des pratiques individuelles puissent être négociées entre l'UNCAM et les organisations représentatives des centres de santé.

La Commission adopte l'amendement AS 468.

Article additionnel après l'article 36

Encadrement de la délivrance de produits et prestations

Elle en vient ensuite à l'amendement AS 112 de Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. L'objet de cet amendement est d'obliger les personnes qui délivrent des dispositifs médicaux à dispenser systématiquement le

conditionnement à la fois conforme à la prescription et le plus économique pour l'assurance maladie.

Il interdit par ailleurs la délivrance en une seule fois lorsque la prescription est effectuée pour un traitement de plusieurs mois. L'ordonnance d'un traitement pour six mois serait ainsi délivrée mois par mois, afin d'éviter les gaspillages et de garantir le suivi médical.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. L'amendement étend aux dispositifs médicaux une mesure existant déjà pour les médicaments. Il va dans le sens de la maîtrise médicalisée. Avis favorable.

La Commission adopte l'amendement AS 112.

Après l'article 36

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 298 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Compte tenu de la charge financière assumée par les patients, notamment dans les domaines de la dentisterie et l'optique, il nous paraît utile que des représentants des usagers puissent participer aux négociations de la convention médicale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. Ces négociations sont suffisamment compliquées pour qu'on n'y ajoute pas un acteur de plus. Les usagers sont déjà représentés par les conseillers des caisses d'assurance maladie.

La Commission rejette l'amendement AS 298.

Elle examine ensuite l'amendement AS 260 de Mme Marisol Touraine.

Mme Michèle Delaunay. Il s'agit de proposer une nouvelle modalité d'affectation de la ressource de transport qui permettrait d'améliorer la qualité du service en tenant compte des spécificités du territoire.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Les transports en ambulance relèvent du schéma régional d'organisation des soins, et donc du directeur de l'agence régionale de santé. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 260.

Article additionnel après l'article 36

Rapport du Gouvernement au Parlement sur les équilibres à moyen terme du budget du Fonds CMU

*Puis, après avis favorable du rapporteur, elle **adopte** l'amendement AS 477 de M. Yves Bur.*

Après l'article 36

Elle examine ensuite l'amendement AS 158 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Il s'agit à nouveau d'autoriser les opérations de la cataracte en cabinet libéral. Nous sommes le seul pays à ne pas le faire. Ce serait pourtant un vrai progrès, d'autant que cela permettrait des économies.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Il importe de connaître l'avis de la Haute Autorité de santé avant d'adopter le moindre amendement sur cette question.

M. Yves Bur. Qu'attend-elle pour le donner ?

Mme Dominique Orliac. La rédaction de l'amendement me laisse insatisfaite : un collyre anesthésique n'est jamais « simple » du fait qu'il peut provoquer un choc anaphylactique.

De plus, l'exposé des motifs précise que « cet amendement a pour objet de réaliser des interventions », ce qui est pour le moins maladroit.

Vous dites, par ailleurs, que « le patient y gagne : il reste environ deux heures au cabinet et retourne chez lui ». Mais c'est déjà le cas en ambulatoire...

Quant à l'assurance maladie, elle remboursera « sur une base de 275 euros correspondant aux honoraires » : comment seront pris en charge l'implant, le produit viscoélastique, la stérilisation, l'aide opératoire ? Ne croyez-vous pas, enfin, que cette base favorisera les dépassements honoraires ?

Je suis opposée à cet amendement.

*La Commission **rejette** l'amendement AS 158.*

Puis elle examine l'amendement AS 137 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Une restructuration des soins de ville est nécessaire notamment par la mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires. Il est donc logique que le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés bénéficie également à la médecine de ville.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je ne suis pas opposé à la philosophie de cet amendement.

Le président Méhaignerie avait du reste, au cours de l'examen de la loi dite « HPST », demandé au Gouvernement de travailler à un mécanisme de fongibilité des enveloppes.

Toutefois, Mme Bachelot a annoncé devant notre commission qu'elle ferait une proposition en séance publique visant à rendre fongibles des enveloppes régionales. Je souhaite donc le retrait de l'amendement dans l'attente de la séance publique. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. Jean-Luc Prével. J'ai déposé des amendements sur la fongibilité et la création d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie, auxquels on a opposé l'article 89 de notre Règlement. J'aimerais savoir pourquoi...

M. le président Pierre Méhaignerie. Le dossier mérite d'être abordé, mais il s'agit d'une disposition organique qu'on ne saurait modifier en loi de financement de la sécurité sociale.

La Commission rejette l'amendement AS 137.

Article additionnel après l'article 36

Extension du mécanisme de maîtrise des dépenses de prescription hospitalière en ville

Puis elle examine l'amendement AS 460 du rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. L'amendement vise à étendre le mécanisme de maîtrise des dépenses de prescription hospitalières en ville à l'ensemble des établissements de santé : cela concernera donc à la fois les hôpitaux publics et les établissements de santé privés.

Cet amendement vise également à étendre à la liste des produits et prestations ce mécanisme de régulation.

La Commission adopte l'amendement AS 460.

Article additionnel après l'article 36

Accès au traitement de substitution nicotinique

Puis elle examine l'amendement AS 450 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Cet amendement vise à faciliter l'accès aux traitements de substitution nicotinique, notamment en vue de permettre leur remboursement à 100 % pour les femmes enceintes.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je ne puis être que favorable à une telle disposition.

La Commission adopte l'amendement AS 450.

Après l'article 36

La Commission examine ensuite l'amendement AS 281 de Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. Le Plan cancer prévoit d'« améliorer les taux de couverture vaccinale contre le HPV (prévention du cancer du col utérin) des jeunes filles de 14 ans ». Actuellement, deux laboratoires fournissent le vaccin à des prix élevés. Cet amendement vise à les réévaluer à la baisse du fait que le volume de vaccins prescrit est désormais important.

Il convient en effet de s'assurer que le prix du vaccin n'empêche pas des jeunes filles dont les parents ne bénéficient pas de complémentaire santé d'y accéder.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. C'est le Comité économique des produits de santé qui fixe les prix, sous la tutelle du ministre de la santé. Il appartient donc à celui-ci de baisser les prix s'il le souhaite.

Présentez votre proposition à Mme Bachelot dans le cadre de la discussion générale.

Mme Michèle Delaunay. Je retire mon amendement.

L'amendement AS 281 est retiré.

Article additionnel après l'article 36

Rapport annuel sur l'application des franchises médicales

La Commission examine ensuite l'amendement AS 230 de Mme Marisol Touraine.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Cet amendement vise à améliorer l'information du Parlement sur les conséquences de l'application de la mesure instaurant des franchises médicales.

Le rapport d'évaluation est actuellement rendu en décembre : nous proposons qu'il le soit avant le 30 septembre afin de donner au Parlement le temps de faire des propositions éclairées.

Du reste, des enquêtes confirment aujourd'hui le renoncement à l'accès aux soins des personnes les plus fragiles sur le plan économique. Les rapports d'activité ne pourront que confirmer l'aggravation de la tendance. Il convient d'améliorer la situation car c'est un sujet aussi important que la couverture maladie universelle.

M. le président Pierre Méhaignerie. Le rapport qui a été rendu sur l'accès aux soins mérite d'être relativisé du fait qu'il porte non pas sur les soins médicaux mais sur les soins dentaires et ophtalmologiques. Il ne faut pas tomber dans un pessimisme excessif. Notre système permet le remboursement collectif le plus important d'Europe.

Mme Catherine Lemorton. C'est faux !

M. le président Pierre Méhaignerie. Il est trop facile de créer dans le pays le pessimisme permanent. Comparer les systèmes de santé nous incitera à garder la modération. En revanche, ciblons les efforts à fournir.

M. Patrick Roy. Trop souvent le Président affirme – c'est presque un réflexe – que les problèmes des Français en matière d'accès aux soins sont mineurs. C'est faux. Ces problèmes sont réels, qu'il s'agisse de l'accès aux soins dentaires ou aux soins médicaux élémentaires.

Je suis le maire de la ville la plus pauvre de France, un titre dont je me passerais bien : mois après mois, je ne cesse de rencontrer des personnes qui ne peuvent plus se soigner. Ces mêmes personnes me demandent comment Paris prend en compte leur situation : je n'oserai leur apporter votre réponse, monsieur le président, car ils monteraient ici pour faire un scandale, et ils auraient raison.

M. Dominique Dord. Monsieur Roy, ne caricaturez pas les propos du président Méhaignerie. Il a rappelé que le rapport sur l'accès aux soins concernait principalement les soins dentaires et ophtalmologiques. De plus, loin de prétendre que tout allait pour le mieux dans le meilleur des mondes, il a fait appel à notre esprit de responsabilité en rappelant les mérites du système français par rapport aux systèmes européens. Il n'y a donc rien, dans ses propos, qui puissent heurter vos électeurs.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Le Gouvernement présente chaque année un rapport sur les franchises médicales. Nous venons de recevoir le dernier.

Souhaitant comme vous l'obtenir le plus tôt possible, j'émet un avis favorable à cet amendement.

La Commission adopte l'amendement AS 230.

Après l'article 36

Elle examine ensuite l'amendement AS 139 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. La mise en œuvre du secteur optionnel, à la suite de l'accord de janvier dernier, est conditionnée par la conclusion d'un avenant au règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale, laquelle a été mise entre parenthèses. L'objet du présent amendement est de fixer un délai pour la conclusion de ces négociations.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Nous sommes nombreux à être partisans d'une mise en œuvre rapide du secteur optionnel.

Toutefois, je suis défavorable à la date proposée par l'amendement, qui n'est pas réaliste.

Demandons à Mme la ministre l'engagement qu'elle prendra en faveur du secteur optionnel.

M. Jean-Luc Prével. L'amendement ne renvoie pas à la convention mais au règlement arbitral : la disposition pourrait donc être appliquée rapidement.

La Commission rejette l'amendement AS 139.

Article 37

(art. L. 162-1-IX du code de la sécurité sociale)

Extension du champ des mises sous accord préalable aux transferts vers les centres de soins de suite et de réadaptation

L'article 37 a pour objet d'étendre et d'aménager la procédure de mise sous accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme d'assurance maladie prévue à l'article L. 162-1-17 du chapitre 2 (« *Dispositions générales relatives aux soins* ») du titre VI (« *Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales* ») du livre I^{er} (« *Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base* ») du code de la sécurité sociale pour les transferts effectués par des établissements de santé publics ou privés vers les centres de soins de suite et de réadaptation, afin d'orienter le patient de façon optimale.

1. Le dispositif des accords préalables

Le système des accords préalables se définit comme la possibilité de subordonner la couverture de certains frais engagés à l'accord préalable du service médical de l'assurance maladie. En l'absence d'accord préalable, la prise en charge par l'assurance maladie des prestations ne peut intervenir et celles-ci ne peuvent être facturées aux patients.

Créé en 1968, le service médical de l'assurance maladie a pour principale mission d'apprécier la justification médicale des prestations demandées pour les assurés : arrêt de travail, demande d'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée par exemple. Il a ainsi pour principale mission de donner des avis sur les demandes des assurés sociaux et de développer des actions de santé publique dans le domaine de la médecine ambulatoire et hospitalière. Au sein du service médical, les médecins-conseils assurent le rôle de conseiller technique et d'expert auprès des caisses d'assurance maladie et se prononcent en particulier sur l'aptitude d'un assuré à une activité salariée.

Le service médical contribue utilement à la pérennité d'une assurance maladie solidaire, en favorisant le bon usage du système de soins et en luttant contre les abus et les fraudes. Le service médical a également pour ambition de simplifier les relations des assurés et des professionnels de santé avec l'assurance maladie.

Alors que le système des ententes préalables avait été progressivement réduit, y compris dans le secteur dentaire, à l'exception de l'orthodontie, la loi du 13 août 2004 a réintroduit une procédure de mise sous accord préalable applicable pour les prescriptions relatives aux indemnités journalières et aux transports sanitaires. En l'occurrence, le mécanisme prévu était destiné à être actionné lorsque le nombre ou la durée des arrêts de travail ou des transports sanitaires prescrits par un médecin était significativement supérieurs aux données moyennes constatées pour une activité comparable pour des médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).

Dans son plan de redressement de l'assurance maladie du 19 juin 2007, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a proposé (proposition n° 7) d'étendre le dispositif de mise sous accord préalable aux établissements déviant.

La loi de financement pour la sécurité sociale pour 2008 a procédé à un premier renforcement substantiel du dispositif d'accord préalable en l'étendant, à l'initiative du Sénat, aux établissements de santé en ouvrant la possibilité de mise sous accord préalable pour les établissements qui ont anormalement facturé des prestations d'hospitalisation complète qui auraient pu être réalisées en chirurgie ambulatoire.

L'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a étendu cette procédure de mise sous accord préalable en l'appliquant aux établissements de santé qui réalisent une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé (HAS) ou un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies, pour une activité comparable, à partir des données que les praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés ont transmis au médecin responsable de

l'information médicale pour l'établissement conformément aux prescriptions de l'article L. 6113-7 du code de la santé publique.

Cette mise sous accord préalable pouvait être décidée, sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) composée paritairement de représentants de l'État et de l'assurance maladie, à partir des données médico-économiques produites par les établissements de santé et par rapport aux référentiels établis par la HAS.

La mise sous accord préalable, pour une durée qui ne peut excéder six mois, intervient à l'issue d'une procédure contradictoire, qui est mise en œuvre dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique prévoyant les sanctions financières applicables aux établissements de santé en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements, dont l'établissement et l'agence régionale de santé sont convenues dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qu'ils ont conclu.

Il convient de souligner que l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des prestations d'hospitalisation en cas d'urgence attestée par l'établissement.

2. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 étend le champ de la procédure d'accord préalable aux transferts vers les centres de soins de suite et de réadaptation.

Jusqu'à ce jour, il n'existait, lorsqu'une rééducation est envisagée, aucune procédure d'accord préalable relative aux transferts vers les centres de soins de suite et de réadaptation (SSR) dont les établissements de santé sont parfois les prescripteurs.

Dans ce cas, la rééducation peut être réalisée selon différentes organisations :

– rééducation en hospitalisation, qu'il s'agisse d'une hospitalisation en service de court séjour, en général dans le service où l'intervention chirurgicale a été réalisée, ou d'une hospitalisation en SSR. Cette hospitalisation recouvre elle-même différents types de prise en charge, plus ou moins spécialisés en rééducation fonctionnelle. Les unités de médecine physique et de réadaptation (MPR) sont une des modalités possibles des SSR. Dans ces unités, trois modalités d'hospitalisation peuvent coexister : hospitalisation traditionnelle, de semaine ou de jour ;

– rééducation en ambulatoire, celle-ci pouvant selon les cas être réalisée au domicile du patient par un masseur-kinésithérapeute libéral, au cabinet d'un masseur-kinésithérapeute libéral ou sur un plateau technique de rééducation d'un établissement de santé public ou privé par un masseur-kinésithérapeute libéral

(cliniques et certains centres de rééducation privés) ou salarié (établissements publics ou privés à but lucratif ou non lucratif).

Les facteurs susceptibles de déterminer le choix de la modalité de suivi en SSR ou en ambulatoire font entrer en ligne de compte des facteurs médicaux (nécessité d'une surveillance médicale importante voire quotidienne en raison des risques cliniques, des séquelles ou de complications de l'affection causale), des facteurs psychologiques (troubles cognitifs et comportementaux), des facteurs sociaux (impossibilité matérielle de retour à domicile par inadaptation de l'environnement architectural, par l'absence d'environnement humain, de structure d'aide au maintien à domicile ou par inaptitude à vivre de façon autonome en toute sécurité à son domicile), ainsi que le choix du patient ou de sa famille.

Plusieurs études médico-économiques ont mis en évidence que les dépenses liées à une prise en charge en SSR (hospitalisation complète ou de jour) étaient plus élevées que les dépenses liées à une prise en charge en rééducation en ambulatoire, tant en termes de montants remboursés par l'assurance maladie qu'en termes de reste à charge du patient. Par ailleurs, la perspective de pouvoir redéployer les places libérées en cas de transfert des actes réalisés en SSR vers le secteur ambulatoire a stimulé la réflexion sur ce sujet.

Dès lors, afin d'éviter tout transfert inapproprié en hospitalisation en SSR, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a créé, au sein du code de la sécurité sociale, un article L. 162-2-2 aux termes duquel « *le médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie apprécie l'opportunité de recourir, pour son patient, à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite ou de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, compte tenu des recommandations établies par la Haute Autorité de santé* ».

Il s'agissait pour la HAS d'examiner dans quel cas la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville, dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile du fait de complications locales ou régionales, de pathologies associées ou de l'isolement social et de donner ainsi aux professionnels de santé des éléments permettant de baser leur décision d'orienter ou non le patient justifiant de masso-kinésithérapie vers une structure de soins de suite et de réadaptation.

L'exposé des motifs prévoyait que la HAS fournisse, le 30 mars 2006 au plus tard, des recommandations professionnelles, qui se définissent comme « *des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données* ».

La méthode « Recommandations pour la pratique clinique » est l'une des méthodes utilisées par la HAS pour élaborer des recommandations professionnelles. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la

littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le collège peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, ainsi que des associations agréées d'usagers.

Plusieurs recommandations ont ainsi été prises dès le 29 mars 2006 en application de l'article L. 162-2-2 du code de la sécurité sociale, visant à définir les cas pour lesquels la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville :

- recommandations établies par consensus formalisé, portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des SSR ;

- critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplastie de l'épaule ;

- critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après ligamentoplastie du croisé antérieur du genou ;

- critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après arthroplastie totale du genou.

L'objectif de l'ensemble de ces travaux est d'éviter les hospitalisations inappropriées en SSR après certains traitements orthopédiques ou chirurgicaux.

L'article 37 a pour objet, en s'appuyant sur ces recommandations de la HAS, d'étendre le champ de la procédure de mise sous accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme d'assurance maladie aux transferts vers les centres de SSR.

Il modifie à cet effet l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, qui dispose que le directeur général de l'agence régionale de santé peut, sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie et après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge de certaines catégories de prestations d'hospitalisation.

Le 1° du I de l'article 37 étend le champ de ces catégories de prestations d'hospitalisation soumises, le cas échéant, à un accord préalable du service du

contrôle médical aux prestations d'hospitalisation mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale pour les SSR.

Les activités visées sont à la fois :

– les activités financées par des tarifs journaliers propres à certains établissements de santé privés (les établissements de santé privés ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé autres que les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier et les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de fonctionnement et plus largement à l'ensemble des établissements de santé privés autres que ceux susmentionnés) ;

– les activités financées par une dotation annuelle de financement exercées par les établissements publics de santé, les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de la publication de la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires et les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de fonctionnement.

Désormais, c'est donc l'ensemble des activités SSR exercées par les établissements de santé, quel que soit leur statut, qui pourra être soumise à une procédure d'accord préalable.

Le 2° du I de l'article 37 vise à mieux préciser dans quel cadre un établissement peut se voir interdire de facturer aux patients des prestations d'hospitalisation qu'il a prescrites malgré une décision de refus de prise en charge. Alors que la rédaction actuelle de l'article L. 162-1-17 se borne à énoncer de façon sibylline que les prestations d'hospitalisation non prises en charge par l'assurance maladie ne peuvent être facturées aux patients, la modification proposée renforce les garanties procédurales en exigeant d'une part que l'établissement de santé ait été informé par l'agence régionale de santé de la soumission à la procédure d'accord du prescripteur et en faisant, d'autre part, explicitement référence à la décision de refus de prise en charge.

Le 3° du I vise à étendre les cas dans lesquels la procédure d'accord préalable pourra être engagée, dans la mesure où celle-ci pourra désormais être proposée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie non seulement dans le cas d'un constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement, qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement, mais également dans le cas d'un constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation, y compris sans hébergement (hospitalisation de jour par exemple) qui auraient pu donner lieu de façon plus efficiente à des prises en charge en ambulatoire, dont les études médico-économiques ont mis en évidence le moindre coût.

Le 4° du I modifie les conditions dans lesquelles se déroule la procédure contradictoire qui est engagée en cas d'accord préalable. Alors qu'il est actuellement prévu que cette procédure se déroule dans les mêmes conditions que celles prévues pour les pénalités applicables pour non-respect des objectifs quantifiés mentionnées à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, c'est-à-dire le non-respect par un établissement de santé des objectifs quantifiés des activités de soins et équipements matériels lourds fixés dans le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens qu'il a signé avec l'agence régionale de santé, il est désormais stipulé que le régime juridique de cette procédure contradictoire soit fixé par décret.

Le 5° du I précise par qui l'urgence de l'hospitalisation, qui permet de s'affranchir de l'accord préalable du service du contrôle médical, sera appréciée. Alors que l'urgence est jusqu'ici attestée par le seul établissement, il est désormais prévu que celle-ci pourra être attestée à la fois par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur.

Le II de l'article 37 introduit une disposition transitoire destinée à tirer les conséquences de la suppression, par l'article 37, du régime juridique actuel de la procédure contradictoire calquée sur celle prévue pour les pénalités applicables pour non respect des objectifs quantifiés fixés dans le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (*cf. supra*). Dans l'attente du décret qui fixera le nouveau régime juridique de la procédure contradictoire, et au plus tard jusqu'au 1^{er} juillet 2011, la procédure contradictoire actuelle continuera de s'appliquer aux prestations d'hospitalisation concernées.

Comme l'indique l'exposé des motifs « *compte tenu du nombre de transferts de la MCO vers les SSR (900 000 par an), cette mesure se limite aux indications visées par les recommandations de la HAS déjà publiées ou à venir et sera ciblée sur les établissements qui effectuent un nombre important de transferts* ».

La disposition introduite par l'article 37 est de nature à améliorer l'efficacité du recours aux structures de SSR intégrées aux établissements hospitaliers, en favorisant un report des soins de suite et de réadaptation de l'hôpital vers les soins de ville pour une économie estimée, d'après les études d'impact communiquées par le Gouvernement, à au moins 10 millions d'euros par an.

Dans tous les cas, il convient de souligner que le retour au domicile du patient devra s'appuyer sur la kinésithérapie libérale et nécessitera ainsi des échanges suivis entre professionnels de santé, afin que celui-ci s'accomplisse dans des conditions de sécurité maximales qui respectent la qualité de vie du patient et de son entourage.

La Commission est saisie de quatre amendements identiques, AS 129 de M. Jean-Luc Prével, AS 187 de M. Guy Lefrand, AS 245 de Mme Marisol Touraine et AS 300 de Mme Jacqueline Fraysse, tendant à supprimer l'article 37.

M. Jean-Luc Prével. L'article 37 vise à introduire une procédure d'accord préalable pour les transferts de patients d'établissements MCO – Médecine chirurgie obstétrique – vers les centres de soins de suite et de réadaptation (SSR). Cette mesure me paraît déraisonnable car elle déséquilibrerait le fonctionnement de l'ensemble de la filière de soins.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. J'émet un avis défavorable aux quatre amendements du fait que la Haute autorité de santé a émis dès 2006 des recommandations visant à définir les cas dans lesquels la réadaptation est réalisable en ville ou en établissement. La mise sous entente préalable me paraît nécessaire dans le cadre d'une maîtrise médicalisée.

M. Guy Lefrand. Les centres de soins de santé et de réadaptation sont déjà soumis à de multiples obligations, notamment à travers le programme de médicalisation des systèmes d'information, à des contrôles d'adéquation ainsi qu'à de nombreuses sujétions réglementaires. Or la dernière coupe transversale a montré que seuls 1,5 % à 2 % des patients n'avaient pas leur place dans les centres de SSR.

Convient-il enfin de rappeler que les indicateurs de qualité donnent des résultats tout à fait satisfaisants ?

Ne rajoutons pas des procédures administratives, d'autant qu'elles risquent d'augmenter le coût des transports sanitaires si les centres de SSR voient diminuer le nombre de leurs patients.

Mme Michèle Delaunay. Nous ne comprenons pas l'argumentation du rapporteur puisque la Haute Autorité de santé a défini les conditions dans lesquelles les soins de suite peuvent être pratiqués en cabinet de ville. Le fait que nous soyons d'accord de part et d'autre de la Commission va dans le sens de la suppression de l'article 37.

Mme Jacqueline Fraysse. Je partage les arguments de mes collègues sur le sujet.

M. Pierre Morange. Notre rapporteur a raison de rappeler la pertinence de la Haute autorité de santé. Il est légitime que l'assurance maladie s'inscrive dans la même logique.

C'est la raison pour laquelle je suis opposé à la suppression de l'article 37.

M. Yves Bur. Il convient de s'interroger sur la mise sous entente préalable des séjours SSR car cette obligation nuira à la fluidité du dispositif.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cet article vise les 4 à 6 % de surprescripteurs.

M. Jean-Luc Prével. Ils ne sont que 1,5 % !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cette mise sous entente préalable ne saurait être nuisible dans le cadre d'une maîtrise médicalisée du parcours de soins.

Mme Jacqueline Fraysse. Le dispositif retardera la prise en charge des patients. Convient-il d'instaurer une règle générale alourdissant le parcours des soins, alors que les patients concernés représentent 1,5 % de la masse ? Il vaudrait mieux repérer *a posteriori* les cas de dysfonctionnement et prendre les mesures nécessaires pour y remédier.

La Commission adopte les amendements AS 129, AS 187, AS 245 et AS 300.

En conséquence, l'article 37 est supprimé et les amendements AS 131 de M. Jean-Luc Prével, AS 58 de M. Dominique Tian, AS 130 de M. Jean-Luc Prével, AS 337 de M. Jean-Marie Rolland, AS 370 de M. Yves Bur, AS 429 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur, AS 132 et AS 143 de M. Jean-Luc Prével deviennent sans objet.

Article additionnel après l'article 37

Statut conventionnel des professionnels libéraux coopérant avec les établissements sanitaires et médico-sociaux

Elle examine tout d'abord l'amendement AS 373 de M. Yves Bur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je suis favorable à l'amendement.

Il convient toutefois de connaître les seuils de prise en charge par les assurances, que ce soit dans le cadre libéral ou dans le cadre salarial.

La Commission adopte l'amendement AS 373.

Après l'article 37

Puis elle examine les amendements identiques AS 145 de M. Jean-Luc Prével et AS 93 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Luc Prével. Nous proposons que le montant du forfait journalier applicable en établissement de soins de suite et de réadaptation tienne compte de la durée moyenne du séjour.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Des travaux, actuellement en cours, permettront de prendre en compte la très grande diversité des prises en charge. Il est donc prématuré de traiter le sujet dans le cadre de ces amendements.

La Commission rejette les amendements AS 145 et AS 93.

Elle examine ensuite l'amendement AS 371 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Cet amendement vise à proposer une définition juridique claire des traitements et cures ambulatoires au plan national, avec des règles de facturation précises en vue de mettre un terme à un problème d'équité interrégionale, et de concrétiser une avancée précieuse du chantier de la tarification à l'activité en SSR.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Le dispositif sera opératoire en 2012. L'amendement est donc superfétatoire.

La Commission rejette l'amendement AS 371.

Article 38

(art. 33 de la loi du 28 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004)

Report du passage à la facturation directe dans les établissements publics de santé

L'article 38 du présent projet de loi a pour objet de reporter une nouvelle fois le passage à la facturation directe des établissements publics de santé et de prolonger ainsi leur mode de facturation dérogatoire jusqu'au 1^{er} janvier 2013.

1. La facturation directe des établissements publics de santé a été initialement conçue comme un corollaire de la tarification à l'activité qui devait apporter des avantages certains

a) La réforme de 2003 prévoyait la mise en place d'une facturation directe et individuelle à l'assurance maladie des prestations de santé des établissements publics de santé mais instaurait néanmoins un dispositif transitoire de facturation

La réforme introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 introduisant la tarification à l'activité était assortie pour les établissements publics d'une modification des règles de facturation, qui prévoyait notamment la mise en place, à compter de 2005 (*cf.* I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004), d'une facturation directe et individuelle des séjours, des actes et des consultations externes à l'assurance maladie.

Il s'agissait d'introduire, pour les établissements publics de santé financés antérieurement par dotation globale, un mécanisme analogue au système en vigueur pour les cliniques privées.

En effet, depuis 2001, les cliniques privées transmettent directement les factures individuelles relatives aux séjours et aux actes médicaux à une caisse centralisatrice des paiements (dite caisse-pivot) qui les relayent vers les caisses gestionnaires dont dépendent les assurés pour qu'elles soient liquidées.

Dès lors, la facturation individuelle à l'assurance maladie obligatoire des séjours hospitaliers des établissements publics de santé apparaissait comme un prolongement naturel du processus de convergence entre ces établissements et les cliniques privés, le passage à la facturation directe dans les établissements publics de santé s'inscrivant naturellement dans la logique du mouvement de rapprochement des règles de gestion entre les secteurs public et privé de l'hospitalisation qui imprègne la philosophie de la tarification à l'activité.

Comme le souligne le rapport conjoint de l'inspection des affaires sociales et de l'inspection des finances de décembre 2008 relatif au passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale, *« le processus de facturation directe suppose que pour les séjours, ou actes médicaux ou de consultation externe, l'établissement produise une facture à l'encontre de l'assurance maladie obligatoire qui soit :*

– transmise directement à l'assurance maladie obligatoire, sans passer par le canal de l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) et de l'Agence régionale de l'hospitalisation, c'est-à-dire une facture directe ;

– relative à un acte, une consultation externe, ou un séjour, et non une facturation agrégée ; il s'agit d'une facturation individuelle ;

– émise dès que les données nécessaires pour son établissement ont été rassemblées et vérifiées, et non en fin de mois : il s'agit d'une facturation « au fil de l'eau ».

Toutefois, il est, dès 2003, apparu trop complexe pour les établissements publics de santé de basculer d'emblée vers un dispositif de facturation directe.

À ce jour, la facturation individuelle directe dans les hôpitaux ne concerne, en effet, qu'environ 10 % des flux de prestations de soins (environ 6,5 millions de factures) et ne vise que la part complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU), les soins aux migrants, l'aide médicale d'État (AME) et la rétrocession des médicaments. La moitié seulement de ces flux seraient télétransmis, l'autre moitié transitant toujours sous forme papier. Pour ces prestations, le paiement par l'assurance maladie s'effectue avec l'envoi d'une

facture individuelle à une caisse de paiement unique ⁽¹⁾ en charge de centraliser l'ensemble des flux de facturation hospitaliers pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.

En conséquence, un dispositif transitoire de facturation a été mis en place pour les établissements publics de santé financés antérieurement par dotation globale. Ceux-ci transmettent ainsi leur activité trimestriellement sous forme de résumés de sortie anonymisés regroupés en groupes homogènes de malades, via un moteur de groupage fourni par l'ATIH et de relevés d'activité externe (actes et consultations) ; cette dernière contrôle et valorise les séjours et l'activité externe puis transmet à chaque agence régionale de santé le montant de dotation relevant de la part d'activité à verser à chaque établissement. Celle-ci prend alors un arrêté de financement qui est réglé par la caisse pivot de l'établissement. Le schéma de facturation est donc agrégé (par lots anonymisés) et indirect par rapport aux organismes d'assurance maladie.

Depuis avril 2007, tous les établissements de santé publics transmettent mensuellement, et non plus trimestriellement, aux agences régionales de santé un relevé de séjours. Chaque caisse d'assurance maladie dont dépend l'établissement public de santé ne reçoit donc aujourd'hui que douze factures par an et par établissement au titre de son activité principale.

b) Les avantages attendus de la facturation directe des établissements publics de santé

Corollaire logique de la tarification à l'activité, le projet de facturation directe des établissements publics de santé à l'assurance maladie présente certes des avantages potentiels indéniables.

Il permettrait ainsi de mieux contrôler, *a priori* et avant liquidation, les sommes dues aux établissements de santé. Le passage à une facturation directe et individuelle au lieu d'une facturation agrégée serait ainsi susceptible de contribuer à la suppression de paiements indus liés à des erreurs ou même des manœuvres frauduleuses et l'expérience des cliniques privées et du contrôle qu'elles exercent avant liquidation montre que la facturation directe permet de bloquer des factures qui présentent des anomalies. Comme le souligne le rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGF de décembre 2008 susmentionné, « *l'assurance-maladie doit pouvoir contrôler le bien fondé de ce qu'elle paye ; il n'est pas logique qu'elle soit cantonnée au rôle de payeur aveugle ; le passage en facturation directe permettra l'exercice des mêmes contrôles sur les hôpitaux que sur les cliniques, avec la même efficacité et les mêmes résultats* ».

Par ailleurs, la facturation directe pourrait permettre aux établissements publics de santé d'optimiser leur politique de gestion de trésorerie, en leur offrant

(1) L'article 63 de la loi n° 2004-1370 du 10 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 prévoit le règlement des factures émises par les établissements publics et privés anciennement sous dotation globale par un interlocuteur financier unique, la caisse de paiement unique.

des délais de recouvrement plus courts que ceux dont ils disposent aujourd'hui dans le cadre d'une facturation mensuelle.

Enfin, le système de facturation directe permettrait de mieux répondre aux besoins d'information des organismes d'assurance maladie, dans le cadre de leur politique de gestion du risque et d'analyse des parcours de soins des assurés. En particulier, la facturation directe devrait permettre de mieux suivre les parcours de soins des assurés entre la ville et l'hôpital et de constituer des bases de données susceptibles de servir de support d'études et de contrôles générateurs d'économies potentielles dans l'avenir. A ce titre, la facturation directe apparaît comme un outil utile à l'heure de la création des agences régionales de la santé. Il devrait permettre de disposer directement, au niveau national et régional, de données détaillées sur les prestations de santé des établissements hospitaliers concernés en vue notamment d'une maîtrise renforcée des dépenses de santé.

2. Les raisons qui ont déjà conduit à des reports successifs de la facturation individuelle perdurent et nécessitent un nouveau report dans l'attente des résultats d'une expérimentation en cours

L'article 38 du projet de loi propose de repousser à nouveau le déploiement du projet de facturation directe. En effet, le projet présente encore des préalables techniques et des éléments de complexité tels qu'il n'apparaît pas réaliste de fixer une date de généralisation avant le début 2013.

a) Plusieurs circonstances ont déjà conduit à reporter la facturation directe et à mettre en place un système de facturation agrégée

Dans le cadre de la facturation directe, le très grand nombre de factures à gérer rend indispensable une télétransmission des factures sous formes numériques. Or, ce préalable technique de la télétransmission des données via une infrastructure d'échanges sécurisée entre les établissements de santé et les caisses des régimes obligatoires d'assurance maladie ne semble toujours pas rempli.

En effet, la capacité de mener à bien le projet de facturation directe repose sur la qualité du système d'information des établissements de santé dont la Cour des comptes⁽¹⁾ a montré qu'elle laissait encore à désirer. Les systèmes d'information hospitaliers sont en effet jugés décevants par la Cour des comptes qui pointe que « *les contrôles réalisés dans les établissements de santé en 2007 soulignent l'inégale mobilisation des équipes de direction dans le pilotage et le suivi de la politique de développement du système d'information hospitalier* » et que « *les lacunes du système d'information hospitalier sont en grande partie dues à la faiblesse du pilotage exercé par la tutelle* ». Par ailleurs, les modifications à opérer dans les systèmes d'information et de facturation ne concernent pas que les

(1) Rapport de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, septembre 2008.

établissements de santé mais s'appliquent également au sein des caisses pivot et gestionnaires.

De même, il est probable que l'augmentation des volumes traités entraîne inmanquablement des taux de rejets générateurs de coûts supplémentaires pour les acteurs du système. Comme le souligne le rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A), *« la facturation individuelle directe fera en effet passer d'un système faiblement transmetteur, de l'ordre de 10 000 factures par an, à l'émission de plus de soixante millions de factures directement adressées par les établissements de santé aux organismes d'assurance maladie obligatoire et payées via les comptes publics »*. Dès lors, *« le projet comporte des facteurs de coûts et de risques possibles notamment sur l'impact de ce changement sur les charges de travail de chacun des réseaux, en tout état de cause liés à la volumétrie du projet, et en partie au niveau de rejet en rythme de croisière »*.

Par ailleurs, il est indéniable que les établissements publics de santé ont dû consacrer ces dernières années une part importante de leurs ressources à la mise en œuvre de réformes structurantes qui ont souvent mobilisé les mêmes acteurs, essentiellement ceux en charge des systèmes d'information, que ceux intéressés par le passage à la facturation directe. De la même façon, les comptes publics et la direction générale des finances publiques ont été mobilisés par d'autres priorités.

Alors que l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale pose le principe que les établissements de santé anciennement financés par dotation globale, c'est-à-dire les établissements publics de santé (à l'exception des hôpitaux locaux), les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier et les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de fonctionnement, factureront directement, sans passer par l'interface des agences régionales de l'hospitalisation, les frais d'hospitalisation ainsi que les dépenses de médicaments et produits et prestations facturées en sus des groupes homogènes de séjour (GHS) à la caisse d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 174-2, c'est-à-dire à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement, une première dérogation a été prévue dès 2005 afin de laisser aux caisses d'assurance maladie et aux établissements de santé le temps d'adapter leurs systèmes d'information. Les établissements ont donc continué de transmettre aux agences régionales leurs données d'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ainsi que la consommation de certaines spécialités pharmaceutiques et de certains produits et prestations. Les ARH ont ainsi continué de valoriser les consommations et les activités de chaque établissement en appliquant les tarifs des prestations et ont arrêté le montant ainsi calculé avant de le notifier à l'établissement de santé et à la caisse pivot.

Compte tenu des difficultés d'adaptation des systèmes d'information, la facturation directe aux caisses d'assurance maladie n'a pas pu rentrer en application en 2006 et le paragraphe III de l'article 8 de l'ordonnance n° 2005-

1112 du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière a maintenu le système applicable en 2005.

Le II de l'article 69 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 a de la même façon pris acte de retards persistant dans la généralisation de la télétransmission (moins de 50 % des établissements publics de santé MCO étaient à l'époque en mesure de produire des flux de facturation dématérialisés) et dans la migration vers une nouvelle infrastructure d'échanges par messagerie sécurisée et a en conséquence reporté une nouvelle fois l'application de la facturation directe aux caisses, au plus tard au 31 décembre 2008.

L'article 62 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a confirmé, en l'absence de progrès sur ce point, qu'aucune facturation directe ne pourrait intervenir pour les établissements anciennement sous dotation globale avant le 31 décembre 2008.

Enfin, l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a maintenu jusqu'au 31 décembre 2011 le dispositif provisoire de valorisation par les agences régionales de l'hospitalisation de l'activité des établissements antérieurement en dotation globale, tout en permettant de déroger à ce mode de valorisation dans le cadre d'une expérimentation avec des établissements volontaires. Les modalités pratiques de cette expérimentation devaient être prévues à la fois par un décret définissant les conditions de sa mise en œuvre et par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale établissant la liste des établissements volontaires.

Cette expérimentation vise à déterminer, dans le but d'une généralisation, les meilleures conditions de mise en œuvre en termes de fiabilité, de qualité, de délais et d'exhaustivité de la facturation et des paiements, ainsi que le système d'avance de trésorerie aux établissements de santé le mieux adaptés à ce mode de facturation.

Cette disposition reprend les principales conclusions de la mission Inspection générale des affaires sociales – Inspection générale des finances susmentionnée, qui constatait, dans son rapport du 30 décembre 2008, que le projet de facturation directe, n'était pas prêt pour respecter l'échéance législative prévue au 1^{er} janvier 2009 et préconisait d'en reporter la mise en œuvre après une période d'expérimentation.

b) Le projet de loi prolonge la période transitoire et la phase d'expérimentations

L'article 38 du présent projet de loi modifie le premier alinéa du I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, afin de prolonger jusqu'au 1^{er} janvier 2013, au lieu du 1^{er} juillet 2011, le mode de

facturation dérogatoire des établissements publics de santé et des établissements privés d'intérêt collectif.

Cette date apparaît cohérente avec les préconisations de la mission conjointe de l'IGAS et de l'IGF de décembre 2008, qui suggérait comme calendrier réaliste un déploiement généralisé en 2012 au plus tôt. Il est néanmoins surprenant que le tout récent rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité mentionne encore que « *la mise en œuvre de la facturation directe est prévue à compter du 1^{er} juillet 2011* ».

Il convient surtout de se féliciter que le gouvernement ait écouté la volonté de cette mission de refonder le pilotage du projet de facturation directe dans les établissements publics de santé.

En effet, après une phase d'attente, le projet de facturation individuelle des établissements hospitaliers publics et privés d'intérêt collectif (projet FIDES) semble entré depuis peu dans une phase opérationnelle avec :

- la désignation, début janvier 2010, d'un chef de projet ;

- la finalisation d'une lettre de mission interministérielle ;

- la mise en place d'un comité de pilotage en charge de définir les orientations stratégiques et d'effectuer les arbitrages, présidé par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, et réunissant la directrice générale de l'offre de soins, le directeur de la sécurité sociale, un directeur à la direction générale des finances publiques et le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ;

- un planning pour l'expérimentation ;

- une équipe projet chargé d'animer et d'assurer le suivi de la démarche.

L'appel à candidature pour cette expérimentation est désormais clôturé. Au final, 55 candidatures ont été retenues sur 954 établissements (soient 6 % des établissements concernés) par le comité de pilotage, dont :

- 7 CHU / CHR sur 32 établissements (soient 22 %) ;

- 37 centres hospitaliers sur 589 établissements (soient 6 %) ;

- 11 établissements de santé privés d'intérêt collectif sur 333 établissements (soient 3 %).

Ces établissements expérimentateurs ont été choisis par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur la base du volontariat et en fonction de plusieurs critères, tels que leur taille, leur type (y compris l'hospitalisation à domicile), la diversité du profil des patients qu'ils accueillent, des taux de rejet

inférieurs à 10 % et une répartition géographique de l'échantillon permettant d'envisager des tests avec les caisses de différentes régions.

L'expérimentation se déroule suivant un calendrier s'étalant de janvier 2010 à fin 2012.

Une expérimentation sur trois ans

Phase	Calendrier
• Lancement de l'expérimentation	janvier 2010 > mars 2010
• Formalisation du protocole d'expérimentation	février 2010 > juin 2010
• Cahiers des charges à destination des éditeurs de logiciels hospitaliers et de l'assurance maladie	
• Choix des établissements pilotes	
• Préparation organisationnelle des établissements	mai / juin 2010 > avril 2011
• Développements informatiques par les éditeurs de logiciels hospitaliers et l'assurance maladie	
• Expérimentation en réel de la facturation individuelle	avril 2011 > fin 2012
• Préparation de la généralisation	début 2011 > fin 2012

Source : plaquette de présentation FIDES, ministère de la santé.

Cette phase transitoire de déploiement permettra la poursuite de l'expérimentation engagée et devrait être de nature à favoriser enfin l'appropriation par les acteurs de ce nouveau processus. Elle devrait, en particulier, permettre aux établissements du champ concerné de se préparer à améliorer leurs délais de recueil et de production des données de facturation, de mettre en œuvre une dématérialisation opérationnelle et d'organiser le traitement des rejets.

Il convient toutefois de souligner, à l'instar des conclusions du rapport de la mission conjointe de l'IGAS et de l'IGF de décembre 2008, que « *l'enjeu de l'efficience à l'hôpital ne peut reposer sur le seul passage à la facturation directe* ».

*

La Commission examine deux amendements identiques, AS 71 de M. Dominique Tian et AS 135 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Il s'agit de transmettre au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un bilan sur l'expérimentation résultant de la

procédure de facturation dérogatoire prévue pour les établissements anciennement financés par dotation globale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Un tel bilan me paraît nécessaire. Avis favorable.

La Commission adopte les amendements AS 71 et AS 135.

Puis elle adopte l'article 38 modifié.

Article 39

(art. L. 1142-23, L. 1221-14 du code de la santé publique)

Procédure d'indemnisation à l'amiable des victimes d'une infection par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine

Le présent article a pour objet de simplifier les règles de gestion du dispositif d'indemnisation à l'amiable, par l'Office national d'indemnisation des victimes des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), des victimes d'une contamination par le virus de l'hépatite C consécutive à une transfusion sanguine ou à une injection de médicaments dérivés du sang.

1. La situation actuelle

Ces contaminations sont, pour leur quasi-totalité, antérieures à 1992. En effet, un arrêté du 19 février 1990 a rendu obligatoire le dépistage du virus de l'hépatite C chez les donneurs de sang et un test de dépistage fiable a été mis sur le marché en 1992. Toutefois, le temps de latence de la maladie pouvant atteindre plusieurs années, une large part des cas d'hépatite C diagnostiqués aujourd'hui sont attribuables à des transfusions ou à des injections pratiquées avant 1992.

Avant 2009, les victimes de ces infections ne pouvaient être indemnisées de leurs dommages qu'au terme d'une procédure contentieuse. L'indemnisation était accordée sur le fondement de la responsabilité sans faute des établissements de transfusion sanguine, qui ont tous été transférés à l'Etablissement français du sang (EFS) par la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

Pour éviter d'exposer les victimes aux délais et aux frais inhérents à un tel contentieux, l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a institué une procédure d'indemnisation de leurs dommages à l'amiable, par l'ONIAM (pour une description détaillée des missions et de l'organisation de l'Office, *cf. infra*, le commentaire de l'article 45).

En application de cet article, les dépenses exposées par l'Office à ce titre peuvent être couvertes suivant deux procédures :

– l'article L. 1142-23 du code de la santé publique prévoit que l'EFS verse à l'ONIAM une dotation couvrant l'ensemble de ces dépenses ;

– pour les cas où le dommage subi par la victime résulte d'une faute, les articles L. 1221-14 et L. 3122-4 du même code permettent à l'ONIAM d'exercer un recours subrogatoire contre la personne responsable du dommage, ainsi que contre les personnes tenues à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle. Il s'agit le plus souvent de l'EFS, qui a repris l'ensemble des anciens établissements de transfusion. Sauf manquement de l'établissement de transfusion concerné à des prescriptions législatives ou réglementaires, la possibilité pour l'ONIAM d'exercer ce recours est toutefois soumise à la condition que la responsabilité civile dudit établissement soit couverte par un assureur.

Cette procédure d'indemnisation à l'amiable a été précisée par les décrets n° 2010-251 et n° 2010-252 du 11 mars 2010 et par un arrêté ministériel du 15 mars 2010, et n'est entrée en vigueur que le 1^{er} juin 2010.

Ainsi, que les indemnisations soient accordées à l'issue d'une procédure amiable ou contentieuse, l'Établissement français du sang en assume la charge financière finale. Dans son rapport public annuel publié en 2010, la Cour des comptes montre que le coût de ces indemnisations est « *potentiellement très élevé* » à moyen terme, du fait de la réduction du délai de traitement des dossiers et d'une hausse probable du nombre de demandes. Ce coût s'élève déjà à une dizaine de millions d'euros par an, et pourrait atteindre près de 40 millions d'euros par an entre 2011 et 2013 selon les simulations citées par la Cour des comptes, qui en conclut qu'« *au regard de telles projections, le financement des indemnisations n'est pas actuellement assuré* ».

La Cour des comptes précise en effet que depuis 2007, l'État n'accorde plus à l'EFS de subvention annuelle couvrant ces dépenses, et que l'Établissement les a financées au moyen d'une majoration des tarifs de cession des produits sanguins labiles pour un montant de 9,5 millions d'euros en 2008. C'est donc l'assurance maladie qui finance indirectement ces indemnisations, en prenant en charge ces produits à un tarif relevé. Or, selon la Cour des comptes, « *quadrupler ce relèvement pour financer l'indemnisation des victimes saperait tout effort de rationalisation de la politique tarifaire* ».

L'EFS, qui a repris l'ensemble des structures de transfusion préexistantes, peut se retourner contre l'assureur qui couvre la responsabilité civile de la structure responsable du dommage. Toutefois, la couverture d'assurance est parfois épuisée, et son délai de validité parfois expiré.

Un récent rapport d'audit de révision générale des politiques publiques remis en juillet 2009 a donc préconisé une refonte de cette procédure d'indemnisation, visant à neutraliser ses conséquences sur l'EFS.

Selon les informations fournies à votre Rapporteur, l'ONIAM aurait reçu 540 demandes d'indemnisation et 830 instances seraient en cours devant les tribunaux.

2. Le dispositif proposé

Le présent article vise à simplifier la gestion de la procédure d'indemnisation à l'amiable des dommages résultant d'une contamination par le virus de l'hépatite C consécutive à une transfusion sanguine ou une injection de médicaments dérivés du sang.

À cette fin, son **I** (alinéas 1 à 6) tend à modifier l'énumération des charges et des produits de l'ONIAM à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique.

Le **1^o** du **I** (**alinéa 2**) tend à ajouter à l'énumération des expertises dont les frais sont à la charge de l'Office une mention des expertises prévues pour l'application de la procédure d'indemnisation à l'amiable des contaminations par l'hépatite C. Actuellement, ces frais sont couverts par la dotation versée à l'ONIAM par l'EFS, comme le prévoit l'article D. 1142-59-1 du code de la santé publique.

Le **2^o** du **I** (**alinéa 3**) vise à ajouter à la liste des ressources de l'ONIAM le produit des remboursements des mêmes frais d'expertise. En effet, l'Office peut obtenir le remboursement de ces frais dans le cadre d'un recours subrogatoire en cas de faute de l'établissement, comme le prévoit l'article L. 3122-4 précité, et l'alinéa 11 du présent article prévoit qu'il pourra aussi l'obtenir directement de l'assureur couvrant la responsabilité de l'établissement de transfusion concerné.

Le **3^o** du **I** (**alinéa 4**) procède à une coordination avec le **2^o**.

Le **4^o** du **I** (**alinéa 5**) ajoute la procédure d'indemnisation des infections par l'hépatite C à la liste de celles dans le cadre desquelles l'Office peut exercer des recours subrogatoires, dont le produit compte parmi ses ressources.

Le **5^o** du **I** (**alinéa 6**) tend à supprimer l'aliéna qui cite, parmi les produits de l'ONIAM, la dotation de l'EFS destinée à couvrir les dépenses exposées par l'Office pour indemniser les personnes contaminées par le virus de l'hépatite C.

Comme l'indique l'exposé des motifs, il est en effet envisagé que les dépenses d'indemnisation et de contentieux soient couvertes par une dotation de l'assurance maladie à l'ONIAM, et non plus par l'EFS. Selon l'annexe 9 au présent projet de loi, le coût de cette mesure pour les régimes obligatoires d'assurance maladie s'élève à 25 millions d'euros par an. Toutefois, l'étude d'impact jointe au présent projet de loi indique que, du fait du versement de cette dotation, l'EFS pourra supprimer la majoration du tarif de ses produits sanguins labiles instituée pour compenser les charges d'indemnisation pesant sur lui. Ainsi, le prix des produits pris en charge par l'assurance maladie est appelé à diminuer.

Le **II** du présent article (alinéas 7 à 12) tend à apporter plusieurs modifications à l'article L. 1221-14 précité du code de la santé publique, créé par l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, qui institue la procédure d'indemnisation à l'amiable des infections transfusionnelles par le virus de l'hépatite C.

Son **1° (aliéna 8)** tend à compléter le deuxième aliéna de cet article pour prévoir la possibilité pour l'ONIAM de procéder « à toute investigation », sans que le secret professionnel puisse lui être opposé.

Dans sa rédaction actuelle, le deuxième aliéna de l'article L. 1221-14 dispose que, dans l'instruction des demandes d'indemnisation, l'Office « recherche les circonstances de la contamination notamment dans les conditions prévues à l'article 102 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », qui fait reposer sur la partie défenderesse la charge de la preuve.

Or, contrairement à ce qui est prévu par l'article L. 3122-2 du code de la santé publique pour l'instruction des demandes d'indemnisation des personnes contaminées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans les mêmes circonstances, l'ONIAM n'a pas de pouvoir d'enquête, et n'a notamment pas accès aux informations couvertes par le secret professionnel. Dans ces conditions, il lui est très difficile de prouver qu'une contamination ne résulte pas d'une transfusion ou d'une injection de produits sanguins.

C'est pourquoi il est proposé de donner à l'ONIAM, dans la procédure d'indemnisation à l'amiable des infections par le virus de l'hépatite C causées par des transfusions ou des injections de produits sanguins, les mêmes pouvoirs d'enquête que dans la procédure d'indemnisation des infections par le VIH consécutives aux mêmes actes.

Le **2° du II (alinéas 9 à 11)** tend à insérer à l'article L. 1221-14 deux alinéas, qui ont pour objet de régler les rapports de l'ONIAM avec les assureurs des établissements de transfusion responsables des contaminations intervenues avant leur reprise par l'EFS.

Actuellement, lorsque l'ONIAM a indemnisé une victime à l'issue d'une action contentieuse ou sur la base d'une transaction, il ne peut pas appeler directement en garantie l'assureur qui couvrait la responsabilité civile de l'établissement de transfusion sanguine responsable de la contamination. Ces dépenses de l'Office sont couvertes par l'EFS, auquel il revient ensuite d'appeler en garantie l'assureur de l'établissement de transfusion concerné.

En effet, c'est à l'EFS que la loi du 1^{er} juillet 1998 précitée a transféré « l'ensemble des activités exercées par les établissements de transfusion sanguine », renvoyant à des conventions conclues entre l'EFS et les gestionnaires de ces établissements le soin de fixer les conditions dans lesquelles leurs droits et obligations, créances et dettes liés à ces activités lui sont transférés. D'après les

renseignements fournis à votre Rapporteur, la quasi-totalité des conventions ainsi prévues ont été conclues : seuls deux établissements n'ont pas transféré leurs droits et obligations à l'Établissement.

Le transfert à l'EFS des droits et obligations des autres établissements, publics ou privés, assurant l'élaboration ou la fourniture de produits sanguins a été opéré par l'article 60 de la loi n° 2000-1353 du 30 décembre 2000 de finances rectificative pour 2000 et par l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et au contentieux en matière de transfusion sanguine. En application de ces dispositions, l'EFS est donc substitué dans les droits de la quasi-totalité des établissements qu'il a repris envers leurs assureurs.

Pour éviter d'alourdir les charges de l'EFS, le sixième alinéa de l'article L. 1221-14 précité subordonne cependant l'exercice de l'action subrogatoire par l'ONIAM contre l'EFS à la condition que celui-ci puisse se retourner contre l'assureur de l'établissement de transfusion sanguine qu'il a repris, c'est-à-dire que cet établissement soit assuré, que sa couverture d'assurance ne soit pas épuisée et que le délai de validité de cette couverture ne soit pas expiré. Cette condition n'est toutefois pas applicable lorsque la contamination résulte de la violation par cet établissement d'une obligation légale ou réglementaire.

En vue de simplifier le système, il est proposé de mettre fin à cette double gestion des dossiers entre l'ONIAM et l'EFS, en permettant à l'Office d'appeler lui-même en garantie l'assureur couvrant la responsabilité civile de la structure responsable de la contamination.

Dans ce but, l'**alinéa 10** tend à substituer l'Office à l'EFS dans ses droits et obligations résultant des contrats d'assurance souscrits par les établissements de transfusion qu'il a repris. L'ONIAM pourra ainsi obtenir directement auprès de l'assureur le remboursement des indemnités qu'il versera :

– soit en application de la procédure d'indemnisation des malades de l'hépatite C instituée par l'article L. 1221-14 précité ;

– soit en application du IV de l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, qui substitue l'ONIAM à l'EFS dans tous les contentieux engagés avant l'entrée en vigueur de la procédure d'indemnisation à l'amiable pour l'indemnisation des mêmes dommages.

L'alinéa 10 précise que la « *clause de direction du procès éventuellement contenue dans les contrats d'assurance applicables* » ne pourra pas être opposée à l'ONIAM. Cette clause est celle par laquelle l'assureur se réserve le droit de diriger, pour le compte de l'assuré, le procès en responsabilité qui oppose la victime à l'assuré, du choix de l'avocat à l'exercice des voies de recours. En application des dispositions de l'article L. 113-17 du code des assurances, l'assuré encourt une déchéance de garantie ou une sanction s'il s'immisce dans la direction de son procès en violation d'une telle clause sans que son immixtion soit justifiée

par son intérêt propre. La mesure proposée vise à ce qu'en cas de procédure contentieuse, l'ONIAM reste libre de diriger son procès.

Dans le même but de simplification du dispositif, l'**alinéa 11** tend à rendre les transactions conclues entre l'ONIAM et la victime opposables à l'assureur.

En effet, en cas d'indemnisation par la procédure amiable, l'ONIAM ne peut pas opposer la transaction aux tiers, notamment pas à l'assureur de l'établissement responsable de la contamination. Pour obtenir le remboursement de ses dépenses d'indemnisation, il doit donc exercer un recours subrogatoire contre l'EFS, avec charge pour celui-ci d'appeler l'assureur en garantie.

Pour simplifier ce mécanisme, l'alinéa 11 prévoit que toute transaction intervenue entre l'Office et la victime ou ses ayants droit en application de la procédure d'indemnisation à l'amiable soit « *opposable à l'assureur ou, le cas échéant, au responsable des dommages* » et prévoit la possibilité pour l'Office d'obtenir le remboursement des frais d'expertise.

Il prévoit aussi la possibilité pour l'assureur appelé en garantie – ou, le cas échéant, pour le responsable du dommage – de contester le principe ou le montant des indemnités devant le juge. Afin que l'exercice de ce droit ne fasse pas obstacle à l'indemnisation de la victime, la dernière phrase de l'alinéa prévoit que quelle que soit la décision du juge, les indemnités fixées à l'amiable resteront acquises à la victime ou à ses ayants droit.

Le 3^o du II (**alinéas 12 et 13**) tend à aménager les conditions d'exercice par l'ONIAM d'un recours subrogatoire contre l'établissement responsable du dommage ou son assureur.

Actuellement, ces conditions sont définies par un renvoi opéré par l'article L. 1221-14 à l'article L. 3122-4 du code de la santé publique, qui prévoit que l'Office ne peut engager d'action à ce titre « *que lorsque le dommage est imputable à une faute* ». L'article L. 1221-14 ajoute que sauf si la contamination est causée par la violation des règles législatives ou réglementaires relatives à la sécurité sanitaire des produits de santé, l'ONIAM n'exerce pas d'action subrogatoire si l'établissement de transfusion sanguine concerné n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou si le délai de validité de sa couverture d'assurance est expiré.

Selon l'étude d'impact jointe au présent projet de loi, la rédaction de cette disposition soulève deux difficultés :

– d'une part, l'EFS ayant été substitué à l'ensemble des établissements de transfusion sanguine dans leurs droits et obligations envers leurs assureurs, l'ONIAM exercera des recours subrogatoires contre cet Établissement, et non contre les anciens établissements de transfusion ; pour des raisons de clarté, c'est donc l'EFS qu'il convient de viser dans la disposition concernée ;

– d’autre part, la formulation du sixième alinéa de l’article L. 1221-14 pourrait laisser entendre que le défaut de couverture d’assurance fait obstacle à l’exercice par l’ONIAM de toute action subrogatoire, même envers une autre personne que l’EFS ; or, comme l’indique l’étude d’impact jointe au présent projet de loi, la responsabilité de la contamination peut être imputée, à titre indirect, à d’autres personnes que l’EFS – par exemple, au conducteur d’un véhicule qui a causé un accident ayant rendue nécessaire une transfusion.

Il est proposé d’aménager le régime du recours subrogatoire de l’ONIAM dans le cadre de l’indemnisation des contaminations par le virus de l’hépatite C de façon à résoudre ces difficultés. Le texte proposé par l’alinéa 13 pour le sixième alinéa de l’article L. 1221-14 du code de la santé publique (devenu le huitième alinéa de cet article, en application des alinéas 9 à 11 du présent article) cite ainsi l’EFS.

Afin de limiter les charges d’indemnisation de l’EFS, l’alinéa 13 tend aussi à restreindre la possibilité pour l’ONIAM d’exercer une action subrogatoire contre lui aux seuls cas dans lesquels la contamination est causée par une violation ou un manquement à des prescriptions législatives ou réglementaires, ou aux termes des décisions d’agrément ou d’autorisation des établissements de transfusion, susceptibles de motiver le retrait des agréments ou autorisations des dits établissements en application de des dispositions de l’article L. 1223-5 du code de la santé publique.

Le 4^o du II (**alinéas 14 et 15**) tend à orienter les recours des « *tiers payeurs* » vers les assureurs des établissements de transfusion responsables des contaminations, plutôt que vers l’EFS, lorsque ces recours sont fondés sur la responsabilité du fournisseur de produits sanguins.

En effet, lorsqu’ils ont contribué à la réparation d’un dommage, les tiers au contentieux ou à la transaction tendant à l’indemnisation du dommage peuvent agir contre le responsable du dommage pour obtenir le remboursement de leurs débours. Dans le cadre de l’indemnisation des infections par le virus de l’hépatite C, tel est notamment le cas de l’ONIAM, des caisses d’assurance maladie ou des organismes d’assurance maladie complémentaire, au titre des indemnités et des prestations qu’ils servent pour la prise en charge de la maladie.

Dès lors que la responsabilité des contaminations par le virus de l’hépatite C causées par une transfusion ou une injection de produit sanguin incombe à l’EFS, les tiers payeurs seraient en droit de se retourner contre lui, lui laissant le soin d’appeler en garantie l’assureur compétent. C’est pour neutraliser la charge financière que représente pour l’EFS la gestion de ces recours que le présent article tend à imposer aux tiers payeurs d’exercer leur recours directement contre les assureurs qui, en dernier ressort, doivent prendre l’indemnisation à leur charge.

Le **III** du présent article (**alinéa 16**) prévoit des dispositions transitoires pour les recours des tiers payeurs engagés contre l'EFS à la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Cet alinéa prévoit que ces instances en cours se poursuivent, mais organise la substitution, à l'Etablissement, de l'assureur de la structure qu'il a reprise et qui est à l'origine du dommage. Il prévoit également la mise en cause de l'assureur par la juridiction saisie.

Enfin, pour le cas où la structure responsable du dommage ne peut pas être identifiée ou ne dispose pas de couverture d'assurance, il est prévu que la condamnation demeure à la charge de l'EFS.

*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** l'amendement AS 78 de M. Dominique Tian.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 39 **sans modification**.*

Article additionnel après l'article 39

Responsabilité civile des médecins libéraux

La Commission examine l'amendement AS 473 du rapporteur, portant article additionnel après l'article 39.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Depuis plusieurs années les médecins libéraux exerçant des spécialités officiellement reconnues « à risque » – obstétrique, anesthésie ou chirurgie – interpellent les pouvoirs publics sur le risque que constitue pour eux l'engagement de leur responsabilité civile en cas d'accident médical.

Pour apporter une solution définitive au problème, cet amendement propose de faire intervenir l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux.

Je tiens à rappeler que Mme la ministre de la santé s'est engagée à apporter une réponse à cette question.

M. Jean-Luc Prével. Je tiens à cosigner cet amendement, que je considère comme « de repli » par rapport à celui que j'ai présenté et qui n'a pas été accepté.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 473.*

Article 40

(art. L. 6122-19 (rétabli) du code de la santé publique)

Expérimentation des maisons de naissance

L'article 40 du projet de loi de financement a pour objet de mettre en place et d'encadrer l'expérimentation des maisons de naissance pendant cinq ans.

A. LES MAISONS DE NAISSANCE : UN PROJET DE LONGUE DATE, INTEGRÉ AU PLAN « PÉRINATALITÉ » 2005-2007, ET ENFIN CONCRETISÉ

1. Une réelle attente des femmes et des professionnels, inscrite dans le plan « périnatalité » 2005-2007

a) Une véritable attente des familles

En 1970, le taux de mortalité périnatale était de 25 pour 1 000 naissances, et le taux de mortalité maternelle de 28,2 pour 100 000 naissances, chiffres parmi les plus élevés d'Europe. Pour y remédier, les trois « *plans périnatalité* »⁽¹⁾ ont mis en place des normes plus précises et exigeantes pour les cliniques privées et publiques et restructuré l'offre obstétrico-pédiatrique.

Des progrès considérables ont été accomplis pour garantir la sécurité des femmes et des enfants, ramenant respectivement à 10 et 9 les taux de mortalité périnatale et maternelle en 2002⁽²⁾.

Cependant, cette évolution s'est traduite par une hyper-technicisation et une médicalisation de la grossesse, aux dépens d'une écoute suffisante des femmes et des couples, notamment dans les cas de grossesses dites à « *bas risque* ». Au-delà des exigences de sécurité à la naissance, le dernier plan périnatalité cite par conséquent la « *sécurité émotionnelle* » des familles comme un objectif prioritaire.

Un certain nombre de femmes souhaitent, en effet, aujourd'hui accoucher dans un contexte moins médicalisé que celui offert aujourd'hui par la plupart des maternités⁽³⁾. De nombreux pays proposent déjà un type de prise en charge fondé sur une moindre médicalisation, considérée comme plus « naturelle ». C'est le cas de la Belgique, des Pays-Bas, de l'Allemagne, du Québec et de la Suisse, qui ont tous mis en place l'équivalent des maisons de naissance, gérées par des sages-femmes, le plus souvent à proximité d'un établissement de santé.

(1) 1970-1976 ; 1995-2000 ; 2005-2007.

(2) Voir le rapport annuel de la Cour des comptes 2006, « La politique de périnatalité ».

(3) « Périnatalité et santé des femmes », in La santé des femmes en France, *Études et statistiques*, 2008.

b) Une réponse aux attentes des professionnelles et aux contraintes démographiques

La profession de sage-femme est insuffisamment valorisée, en dépit des perspectives démographiques alarmantes pour les gynécologues-obstétriciens, de l'évolution de leurs fonctions et du renforcement de leur formation.

Appartenant désormais au corps médical, en vertu du code de la santé publique, les sages-femmes ont une formation reconnue au niveau master depuis la loi dite « HPST ». De fait, l'activité des sages-femmes s'est modifiée depuis quelques années, avec une médicalisation plus importante de la naissance et une plus grande prise de responsabilité pour les cas pathologiques. Il est donc essentiel de confier aux sages-femmes des fonctions à la hauteur de leurs compétences, d'autant plus que le pays manque de gynécologues obstétriciens.

En effet, dix-neuf régions sur vingt-quatre avaient en 2005 une densité en gynéco-obstétriciens comprise entre 2,5 et 3,5 praticiens pour 10 000 femmes en âge de procréer. Seules six régions (Île-de-France, Alsace, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Guadeloupe, Martinique et Guyane) avaient des densités supérieures à 3,5, avec des effectifs en diminution, d'après les prévisions à cinq ans, sauf pour l'Île-de-France ⁽¹⁾.

De plus, alors même que l'accouchement est aujourd'hui, dans la grande majorité des cas (80 %), un phénomène physiologique de la compétence des sages-femmes, la captation d'une partie des grossesses non pathologiques par les gynécologues-obstétriciens a pour effet de priver les unités qui gèrent les grossesses à haut risque des spécialistes nécessaires. Les maisons de naissance apportent une forme de réponse à cette situation.

c) Une proposition reprise par le plan « périnatalité » 2005-2006

En 2003, la mission périnatalité, chargée par le ministre de la santé de l'époque de formuler vingt propositions pour améliorer la politique périnatale en France, ⁽²⁾ s'est appuyée sur deux constats pour préconiser la mise en place des maisons de naissance « *sous la responsabilité pleine et entière des sages-femmes* ».

D'une part, dans le cadre de l'ouverture à une nouvelle conception de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement à bas risque, « *les sages-femmes ont la totale compétence pour prendre en charge de façon autonome le suivi de la grossesse et de l'accouchement.* »

D'autre part, la mission a estimé que « *le modèle proposé dans les trente dernières années, mettant en avant l'utilisation de techniques de plus en plus*

(1) Rapport annuel de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, 2006-2007.

(2) Vingt propositions pour une politique périnatale, M. Gérard Breart, M. Francis Puech, M. Jean-Christophe Roze, septembre 2003.

sophistiquées comme un indispensable recours à la surveillance médicale, a montré ses limites. Lorsqu'elle n'est pas nécessaire, une utilisation trop importante de cette technique peut entraîner des actes inutiles voire iatrogènes. »

Pour mesurer les conséquences sanitaires et sociales de ce mode de prise en charge, la mission a proposé dans un premier temps d'expérimenter les maisons de naissance, sous la forme de structures autonomes, attenantes à des plateaux techniques privés ou publics, et devant passer des conventions avec les établissements hospitaliers.

Le plan « *périnatalité* » 2005-2007 a suivi ces préconisations en prévoyant l'expérimentation des maisons de naissance. Elles y sont définies comme « *le lieu d'accueil de femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, dès lors que celui-ci se présente comme a priori normal* ».

Il est précisé d'une part, que les maisons de naissance doivent se trouver à proximité des plateaux techniques des maternités, pour assurer la sécurité des mères et de leur enfant, et d'autre part qu'elles doivent être totalement insérées dans un réseau de périnatalité, donner lieu à un protocole des pratiques professionnelles, et être conditionnées à l'avis favorable des instances de l'établissement concerné.

Il est enfin évident que les maisons de naissance sont une alternative offerte aux femmes qui souhaitent accoucher dans un environnement moins médicalisé et « *ne doivent, en aucun cas, être considérées comme des substituts à la fermeture des sites d'accouchement de certaines maternités* ».

2. Une réponse mesurée du Gouvernement : le choix de l'expérimentation

Depuis 2004, le projet des maisons de naissance a donné lieu à de nombreux travaux de réflexion et de concertation.

À ce jour, il existe quatre projets de création de maisons de naissance connus du ministère de la santé (un projet à la clinique des Bluets à Paris ; un projet au centre hospitalier de Pontoise ; un projet au CHU de Nantes ; un projet à Bordeaux), qui attendent un cadre légal pour voir le jour.

Le Gouvernement a fait le choix, que votre Rapporteur juge pertinent, d'expérimenter les maisons de naissance pendant deux ans, avant d'envisager leur généralisation.

Ce choix devait être traduit en termes législatifs, pour deux raisons principales. Comme le rappelle l'étude d'impact, si les maternités peuvent mettre en place des espaces physiologiques dans le cadre des conditions d'autorisation existantes de l'activité de soins de gynécologie-obstétrique, l'expérimentation de maisons de naissance autonomes où interviennent des sages-femmes libérales

nécessitait un cadre législatif *ad hoc*. Par ailleurs, le financement des maisons de naissance dérogeant aux règles de droit commun, un dispositif législatif spécifique s'imposait.

B. LE DISPOSITIF PROPOSE : UNE SOLUTION ÉQUILBRÉE ENTRE SOUPLESSE DE FONCTIONNEMENT ET SÉCURITÉ DES MÈRES ET DES ENFANTS

Le présent article prévoit la mise en œuvre à compter du 1^{er} septembre 2011, d'une expérimentation des maisons de naissance pendant deux ans, et pour une durée maximale de cinq ans. Cette expérimentation est codifiée à l'article L. 6122-19 du code de la santé publique.

En sus des obligations prévues par le projet de loi, les maisons de naissance devront respecter un cahier des charges précis, élaboré conjointement par les maternités, les professionnels, la Haute Autorité de santé et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au sein de la Commission nationale de la naissance. Le rapporteur a eu communication de son projet.

1. Le statut et le fonctionnement des maisons de naissance

a) Un statut dérogatoire au droit commun

Selon le projet de loi, les maisons de naissance sont des structures libérales autonomes, dérogeant aux dispositions des articles L. 1434-2, L. 1434-7 et L. 6122-1 du code de la santé publique, où des sages-femmes exerçant en libéral peuvent réaliser l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de la grossesse (**alinéas 2 et 3**).

Il est précisé, à l'**alinéa 4**, que les maisons de naissance « *ne sont pas des établissements de santé au sens de l'article L. 6111-1 du code de la santé publique* » et par conséquent ne sont pas soumises aux dispositions du chapitre II du titre II du livre III de la deuxième partie du présent code.

Ainsi, les maisons de naissance sont considérées comme des structures de soin ambulatoires et non comme des établissements de santé. À ce titre, elles ne seront pas soumises aux normes et obligations fondant l'activité de soins d'obstétrique, autorisée par les directeurs d'agence régionale de santé. Leur liste sera en effet fixée par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

b) Des critères de sécurité et de suivi des femmes qui devront être fixés par le cahier des charges

Il est simplement précisé dans le projet de loi que la liste des maisons de naissance autorisées à participer à l'expérimentation est fixée « *en fonction de leur inscription dans l'offre de soins d'obstétrique régionale* ». Il est, en effet, indispensable qu'en cas de complication, un anesthésiste et un gynécologue-obstétricien soient disponibles le plus rapidement possible.

Les garanties nécessaires à la sécurité des mères et des enfants seront obligatoirement fixées par le futur cahier des charges.

Votre Rapporteur estime tout d'abord que, bien qu'autonomes, les maisons de naissance n'en doivent pas moins être obligatoirement attenantes à un établissement de santé pourvu d'une maternité, comme le prévoit le projet de cahier des charges. Un transfert non motorisé doit pouvoir avoir lieu, dans un délai compatible avec l'urgence, sans traverser de voie publique. Les modalités de ce transfert seront fixées par convention avec l'établissement de santé.

Ensuite, l'inscription en maison de naissance d'une femme est soumise à trois conditions : qu'elle soit volontaire, informée par voie écrite des conditions de sa prise en charge (modalités de transfert le cas échéant, absence de péridurale, gestion des complications de l'accouchement, suivi *post-partum*) et que sa grossesse ne présente pas de risque, compte tenu des critères définis par la Haute Autorité de santé ⁽¹⁾.

Le suivi personnalisé des grossesses est assuré par les sages-femmes, avant, pendant et après l'accouchement, selon les règles définies par le code de la santé publique. Ainsi, les visites de la sage-femme, les consultations de suivi et l'entretien au 4^{ème} mois sont assurées dans les conditions de droit commun, de même que les examens médicaux obligatoires et la consultation pré anesthésique. Le travail de l'accouchement est assuré par une sage-femme « référente », obligatoirement accompagnée d'une deuxième professionnelle. La prise en charge des complications éventuelles est prévue par la convention signée avec le service de gynécologie obstétrique attendant. Enfin, les soins post-natals sont prodigués par les sages-femmes.

L'**alinéa 7** prévoit que, en cas de non respect, par une maison de naissance expérimentale, des garanties de sécurité précédemment évoquées, la suspension d'activité « *peut être prononcée par le directeur général de l'agence régionale de la santé pour les motifs et dans les conditions prévues par l'article L. 6122-13 du code de la santé publique.* » Si les manquements ayant justifié la suspension ne sont pas comblés, ou en cas de manquement grave et immédiat à la sécurité, les ministres prononcent le retrait de la maison de naissance de la liste des maisons autorisées à participer à l'expérimentation.

c) La responsabilité des sages-femmes

Les maisons de naissance sont placées sous la responsabilité exclusive des sages-femmes. À ce titre, toute sage-femme exerçant dans une maison de naissance doit souscrire une assurance de responsabilité professionnelle.

Les sages-femmes participant à l'expérimentation ont un statut de professionnel libéral ou hospitalier à temps partiel, l'exercice au sein de la maison

(1) « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. », Haute autorité de la santé, mai 2007.

de naissance s'effectuant sous le régime libéral. Si l'établissement de santé attaché le souhaite, des sages-femmes de la maternité pourront y intervenir. Il s'agit d'une structure autonome, qui n'est pas placée sous l'autorité de l'établissement de santé attaché.

Pour le reste, les sages-femmes exercent dans les conditions prévues par les articles L. 4151-1 et L. 4151-3 du code de la santé publique. Pour mémoire, l'article L. 4151-1 prévoit que « *l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant. L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique* », c'est-à-dire s'il s'est déroulé dans des conditions normales.

En outre, l'article L. 4151-3, qui fixe la liste des actes que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer, précise qu'en « *cas de pathologie maternelle, foetale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques* ». La sage-femme doit impérativement faire appel à un médecin lorsque les soins à donner débordent sa compétence professionnelle ou lorsque la famille l'exige, sauf cas de force majeure.

Ainsi, il n'est pas question, à la faveur de la création des maisons de naissance, de modifier la liste des actes qu'une sage-femme est autorisée à pratiquer.

En revanche il est essentiel que les maisons de naissance apportent une vraie plus value sur le suivi *pré* et *post-partum* des femmes. En effet, les études montrent qu'une femme sur cinq juge la préparation à la sortie de la maternité insatisfaisante. Près de quatre femmes sur dix déclarent avoir été mal préparées aux troubles *post-partum* ⁽¹⁾. Un suivi des patientes par les sages-femmes, si possible à domicile, pris en charge financièrement par l'assurance maladie, doit être mis en place. Il serait donc utile de préciser que le suivi des femmes en *pré* et *post-partum* par les sages-femmes de la maison de naissance s'effectue dans les conditions prévues par le code de la santé publique selon le principe de l'accompagnement global.

2. Le mode de financement des maisons de naissance

Les sages-femmes exerçant en maison de naissance seront rémunérées à l'acte dans les conditions fixées par la nomenclature générale des actes professionnels.

(1) Enquête sur les usagères des maternités, DREES, 2006.

L'**alinéa 5** prévoit sur ce point qu'il peut être dérogé aux règles de prise en charge par les organismes d'assurance maladie de certains actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 de ce code. La dérogation est envisagée, afin de pouvoir déroger à la nomenclature générale des actes professionnels qui prévoit que l'on ne peut cumuler deux actes pour le même accouchement. Si deux professionnels libéraux interviennent, la règle de la nomenclature générale des actes professionnels est le partage de la rémunération de l'acte d'accouchement (soit le partage de 312,70 euros). Cette dérogation permettra donc de rémunérer une deuxième sage-femme.

Il est précisé, en outre, à l'**alinéa 6** du présent article que, par dérogation à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, les maisons de naissance peuvent bénéficier des ressources financières prévues par cet article, qui correspondent à la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) de certains établissements de santé.

Ces crédits peuvent financer des actions visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire et sont intégrés à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

3. L'impact financier de la mesure sur les comptes de la branche maladie

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, après un coût net de 100 000 euros la première année, les maisons de naissance permettraient de réaliser, dès 2012, 350 000 euros d'économies annuelles.

Ce calcul se base sur l'hypothèse de cinq expérimentations à raisons de 50 accouchements par maison de naissance la première année de fonctionnement et 200 accouchements par maison de naissance les années suivantes. Il faut bien préciser que les maisons de naissance toucheront, dans un premier temps, uniquement la faible part des accouchements par voie basse, sans aucune complication, et de très courte durée (1 %).

Le coût d'un accouchement en maison de naissance est évalué, en première approche, à environ 600 euros par naissance, ce qui comprend à la fois le coût de la structure et les honoraires de la sage-femme. Selon l'étude d'impact, par comparaison, le coût par naissance pour des accouchements de très courte durée en clinique privée est, en 2010, de l'ordre de 1 200 euros, hors honoraires des médecins.

Au montant des économies brutes, chiffrées à 150 000 euros la première année et 600 000 euros les années suivantes, il faut retrancher le coût de l'accompagnement financier des expérimentations, de l'ordre de 50 000 euros par an. Par conséquent, l'impact financier de l'expérimentation des maisons de naissance se répartit comme le montre le tableau ci-après.

Impact financier des maisons de naissance

(en euros)

	Impact financier en droits constatés			
	Coût ou moindre recette (signe -) Économie ou recette supplémentaire (signe +)			
	2011	2012	2013	2014
Branche maladie	- 100 000	+ 350 000	+ 350 000	+ 350 000

Source : étude d'impact annexée à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Selon l'étude d'impact, le Gouvernement envisage à terme la création de soixante maisons de naissance, qui prendraient en charge 1,5 % des naissances, soit plus de 12 000. Sur cette base, l'économie réalisée serait au total de 7 millions d'euros par an.

L'évaluation des maisons de naissance, prévue par l'**alinéa 8**, fin 2014, suivra quatre axes :

- l'évaluation du fonctionnement des maisons de naissance dans le respect du cahier des charges ;
- l'impact de la mesure en matière de santé publique ;
- l'efficacité des maisons de naissance ;
- les conditions de l'extension du dispositif.

Le même alinéa précise qu'un bilan définitif doit être remis au Parlement l'année qui suivra la fin de l'expérimentation.

Enfin, selon l'**alinéa 9**, les conditions d'établissement de la liste des maisons de naissance, de leur fonctionnement, et de la prise en charge par l'assurance maladie de la rémunération des professionnels, seront fixées par un décret en Conseil d'État.

*

La Commission examine quatre amendements identiques, AS 301 de Mme Jacqueline Fraysse, AS 186 de M. Guy Lefrand, AS 136 de M. Jean-Luc Prével et AS 80 de M. Dominique Tian, tendant à supprimer l'article.

Mme Jacqueline Fraysse. L'article 40 nous préoccupe sur le plan de la démarche et du point de vue de la sécurité.

En ce qui concerne la démarche, l'article est flou sur le statut, l'organisation, les conditions d'implantation et le financement des maisons de naissance.

Dérogatoire au droit commun, il donne un chèque en blanc au ministre qui prendra ses décisions « en fonction de l'intérêt et de la qualité du projet » sans que nous connaissions les critères de son choix.

C'est de plus par décret que seront fixées la prise en charge par la sécurité sociale des rémunérations des professionnels, les conditions spécifiques de fonctionnement ou les modalités d'évaluation de l'expérimentation.

L'article pose par ailleurs un problème majeur de sécurité. S'il convient en effet de ne pas surmédicaliser l'acte physiologique qu'est l'accouchement, il ne faut pas pour autant oublier les accidents toujours possibles, comme les hémorragies de la délivrance qui peuvent tuer en quelques minutes.

Alors que le Gouvernement a fermé des maternités de proximité en prétextant qu'elles étaient dangereuses – il aurait pu les mettre à niveau –, il souhaite l'ouverture de maisons de naissance dans lesquelles la sécurité ne sera pas assurée.

Dans son état actuel, cet article doit être supprimé.

M. Pierre Morange. Bravo !

M. Guy Lefrand. Mes arguments rejoignent ceux de Jacqueline Fraysse.

L'article 40 instaure un OVNI juridique quelque peu surprenant : en effet, alors que nous avons fermé de nombreuses maternités – nous assumons ce choix –, il nous propose la création d'ersatz de structures destinées à pratiquer des accouchements considérés comme normaux avant même qu'ils aient eu lieu, ce qu'il est difficile de valider.

Depuis des années nous travaillons sur la sécurité de la mère et de l'enfant : alors que nous avons instauré des normes très précises en la matière, le texte nous propose de revenir en arrière. Je ne suis pas certain que les résultats de la France en termes de morbidité et de mortalité maternelles et fœtales nous autorisent à prendre des risques supplémentaires.

De plus, l'article 40 déroge à la loi dite « HPST » sur le rôle des directeurs d'agences régionales de santé ainsi qu'aux règles financières.

Ces maisons de naissance, qui ne seront pas des établissements de santé, auront toutefois droit aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation. Par ailleurs, elles devront travailler seules tout en étant adossées à un établissement de santé : j'ai, je vous l'avoue, d'autant plus de mal à suivre le dispositif que le gain financier s'élèvera au maximum à 350 000 euros par an, chiffre que le premier accident maternel fera exploser.

Ces « maternités bobo » nous paraissent un OVNI juridique et une aberration médicale. Elles sont d'une grande inutilité financière. Sur le plan

scientifique, le rapport bénéfices-risques nous semble particulièrement défavorable.

M. Jean-Luc Prél. Si jamais l'article 40 n'est pas supprimé, je défendrai un amendement visant à prévoir que ces maisons ne seront autorisées à fonctionner que si elles réalisent plus de 300 accouchements dans l'année.

M. Dominique Tian. Mon amendement est défendu.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Certaines femmes souhaitent accoucher dans un environnement moins médicalisé. Cette disposition n'est pas le fruit de l'improvisation puisqu'une mission sur le sujet a été créée par M. Douste-Blazy en 2003 et qu'elle a été reprise dans le plan périnatalité 2005-2007. De plus, le cahier des charges a été établi.

Je ne suis évidemment pas indifférent à vos arguments sur un éventuel retour en arrière. C'est la raison pour laquelle je présenterai deux amendements : l'un vise à prévoir que les maisons de naissance seront conventionnées avec un établissement attenant, l'autre qu'elles ne pourront accueillir que des grossesses sans risques.

M. le président Pierre Méhaignerie. Sur un tel sujet, il me semble important de ne pas tomber dans la caricature.

Mme Marisol Touraine. Si nous n'avons pas déposé d'amendement de suppression, c'est que nous avons l'intention d'exprimer nos inquiétudes et nos réserves.

J'observe que de nombreuses femmes souhaitent accoucher dans des conditions différentes de celles qui sont aujourd'hui proposées par les structures hospitalières.

M. Jean Bardet. Dans des piscines ?

Mme Marisol Touraine. Vous pouvez caricaturer, mais avant de vous moquer de ces femmes comme si elles n'avaient rien compris, il conviendrait de tenir des propos moins définitifs !

Je suis favorable, pour ma part, à ce que ces accouchements se produisent à l'hôpital, dans des structures garantissant un plateau technique. Or l'article 40 n'apporte aucune garantie sur la définition des maisons de naissance.

Alors que nous avons accepté la fermeture d'un grand nombre de maternités de proximité pour des raisons de sécurité, nous devons au minimum exiger que l'expérimentation des maisons de naissance se déroule dans des conditions de garantie absolue. Loin d'être opposée par principe à une telle expérimentation, je note simplement que le texte ne nous donne aucune précision sur la sécurité, les relations de ces maisons avec les établissements hospitaliers, les

critères de sélection des femmes qui viendront y accoucher ou encore l'articulation de ce dispositif avec la médecine de ville.

Ce sujet est sensible sur les plans médical et psychologique : certains hôpitaux ou certaines cliniques offrent déjà la possibilité d'accoucher dans des conditions différentes. Alors que la mesure a été mise à l'ordre du jour en 2005, pourquoi a-t-il fallu attendre cinq ans pour voir proposer une expérimentation qui n'est pas au point ? Rien n'interdit donc de prendre encore six mois pour consolider le dispositif et mieux encadrer l'expérimentation.

Mme Bérengère Poletti. Être enceinte, ce n'est pas être malade ; accoucher, ce n'est pas subir une intervention chirurgicale ! Il s'agit d'un acte naturel qui exige des précautions. C'est la raison pour laquelle nous avons demandé à ce que les petites maternités soient classées en fonction de leur capacité d'accueil et que la présence d'un pédiatre, d'un anesthésiste et d'un obstétricien y soit rendue nécessaire.

Toutefois, les femmes accouchent aujourd'hui dans des conditions très médicalisées, lesquelles créent des pathologies, notamment des dystocies. Certaines femmes ont besoin d'accoucher avec un peu de douceur, ce qui n'est pas toujours le cas. Le nombre de femmes souhaitant accoucher à domicile augmente. Or elles s'entourent souvent de personnes dépourvues de formation médicale, les *doulas*, qui sont là pour câliner les femmes qui accouchent.

Les sages-femmes demandent depuis de nombreuses années la création de lieux respectant le caractère physiologique de l'accouchement.

Des amendements à l'article 40 sont évidemment nécessaires pour mieux encadrer le dispositif – Marisol Touraine a raison. La maison de naissance doit être conventionnée avec un établissement hospitalier proche afin de garantir une sécurité maximale.

Il ne s'agit pas de remplacer les petites maternités par des maisons de naissance : celles-ci devront être adossées à des centres techniques dont les personnels pourront, en cas de besoin, intervenir sur la mère ou l'enfant.

N'empêchez pas, en supprimant l'article 40, le déroulement d'une expérimentation qui améliorera jusqu'à l'environnement sanitaire des femmes.

Mme Edwige Antier. Pour avoir travaillé pendant vingt ans, jour et nuit, en maternité, je ne regrette pas la fermeture des petites unités. Certes, l'accouchement est un acte naturel, mais combien perd-on de femmes dans les pays non équipés médicalement ? Que se passera-t-il dans une maison de naissance si une femme se met à saigner au moment de la délivrance et doit immédiatement être transfusée ? Qu'arrivera-t-il si un enfant ne crie pas ? Le geste qu'on fait pour l'intuber, en faisant passer dans la trachée un fil minuscule afin d'envoyer de l'oxygène, requiert une grande pratique. Actuellement, un accouchement sur cinq prévu en secteur 1 ou 2 est transféré en secteur 3, et les

enfants nés hors maternité courent davantage de risques de séquelles cérébrales. Autant d'éléments qui expliquent la fermeture des petites maternités, que le corps médical a d'ailleurs approuvée, jugeant qu'elles offraient des conditions de sécurité insuffisantes.

Si l'on crée des maisons de naissance, celles-ci doivent être non près d'un hôpital ni sous convention avec lui, mais mitoyennes d'un hôpital. J'ajoute que la technique, qui apporte la sécurité, n'est pas nécessairement le contraire de l'humanité. Un sondage réalisé pour *Enfant Magazine* montre que la maternité de Lille, qui effectue 2 000 accouchements par an, a été plébiscitée par des jeunes mamans comme la plus humaine. Je suis donc favorable à la création de maisons de naissance à proximité des hôpitaux, ce qui reviendra à les agrandir pour offrir aux femmes des conditions d'accouchement plus douces.

M. Jean Bardet. Je soutiens la suppression de l'article. C'est grâce aux progrès de l'obstétrique et aux hôpitaux que la mortalité lors des accouchements a diminué en France. Comment réagira-t-on, dans une maison de naissance, en cas d'hémorragie du post-partum, qui est imprévisible ? On ne peut jamais dire à l'avance qu'un accouchement sera sans risque.

Par ailleurs, j'aimerais savoir ce qu'on entend sur le plan juridique par expérimentation. Je me souviens que, lorsque nous avons voté la loi sur le travail du dimanche, certains plaidaient pour la mise en place d'une expérimentation, ce que d'autres ont refusé au motif qu'un processus expérimental devient à terme pérenne.

M. le président Pierre Méhaignerie. Après trois ou cinq ans, une expérimentation doit être pérennisée ou abandonnée. Elle ne peut pas être prolongée au-delà de ce délai.

M. Dominique Dord. Je préside le conseil d'administration de l'hôpital d'Aix-les-bains dont la maternité, qui pratiquait 650 accouchements par an, vient d'être fermée. Celle-ci s'apparentait à une maison de naissance, puisque, le service ne disposant pas de chirurgien, une convention avait été passée avec une clinique voisine, dont les chirurgiens venaient sécuriser les accouchements si nécessaire. La clinique ayant renoncé à toute spécialité viscérale, il a fallu fermer la maternité hospitalière.

Je défends comme Marisol Touraine l'ouverture de maisons de naissance, pourvu qu'elles disposent d'une couverture chirurgicale sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Mais, puisque les chirurgiens se regroupent aujourd'hui dans les grands centres hospitaliers, les maisons de naissance ressembleront beaucoup à des maternités d'hôpital. Autant dire que le dispositif consistera simplement à situer les maternités à côté des hôpitaux et que le nombre d'expérimentations sera très limité.

Enfin, je partage les craintes de Jean Bardet. Pendant des années, la maternité d'Aix-les-Bains a envoyé à Chambéry les femmes dont la situation

paraissait plus difficile, mais, à quelques jours de la fermeture, il a fallu pratiquer une hystérectomie d'hémostase sur une femme dont l'accouchement devait en principe se dérouler normalement. Celle-ci aurait été perdue si un chirurgien n'était pas intervenu en moins d'un quart d'heure. Il n'est pas possible de prendre des risques dans ce domaine.

Mme Cécile Dumoulin. Tout le monde s'accorde sur le fait qu'il devrait être possible d'accoucher dans des conditions de calme et de douceur qui respectent la physiologie. Mais, quelles que soient les aspirations des intéressées, nous devons assurer leur sécurité et celle de l'enfant. Dans ce domaine, le texte doit être précisé. Qu'entend-on par « proximité immédiate » ? Qu'attend-on de ces établissements ? Étant donné que nous souffrirons bientôt d'un déficit de gynécologues, il serait bon de prévoir des structures autres, soit dans l'hôpital soit tout près de celui-ci. À mon sens, il serait dommage de supprimer l'article, mais celui-ci doit être retravaillé avant la réunion qui se tiendra au titre de l'article 88.

Mme Valérie Boyer. Les maternités de type 1, 2 et 3 ont été créées parce que le taux de mortalité des mères et des enfants lors de l'accouchement était plus élevé en France que dans les autres pays européens, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Même si, sur le plan personnel, je pense qu'il vaut mieux accoucher à l'hôpital, je considère que les femmes doivent avoir le choix. L'essentiel est que la maison de naissance soit très proche, voire mitoyenne, d'un hôpital. Dans les établissements qui effectuent moins de 1 500 accouchements par an, il n'y a pas de pédiatre sur place et l'anesthésiste arrive souvent pendant l'accouchement, conditions très proches de celles qui sont prévues pour les maisons de naissance. Par ailleurs, n'oublions pas que les sages-femmes ont une compétence médicale particulière : elles savent pratiquer certains gestes, dont l'intubation. Il faut revaloriser cette profession qui le mérite et dont nous avons absolument besoin, compte tenu de notre démographie médicale.

Cela dit, je suis surprise que les maisons de naissance relèvent des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), puisqu'il s'agit d'adosser des initiatives libérales à des établissements de santé, en l'occurrence à des hôpitaux, les établissements privés se désengageant de plus en plus de la maternité pour différentes raisons.

Peut-être faut-il aussi préciser dans le texte l'origine des fonds qui présideront aux destinées des maisons de naissance. Quoi qu'il en soit, ne fermons pas la porte au dispositif et ne le caricaturons pas. Il vise non à permettre aux femmes d'accoucher à domicile, comme cela se pratique aux Pays-Bas ou en Belgique, où la culture en la matière est différente, mais à garantir de meilleures conditions à celles qui souhaitent accoucher dans un environnement moins médicalisé. Puisque nous partageons tous le même objectif de sécurité, précisons dans le texte les conditions d'encadrement médical et de financement des maisons de naissance.

M. Bernard Perrut. En tant que président d'un conseil de surveillance d'un hôpital qui assure plusieurs milliers d'accouchement par an, j'ai mené cette réflexion dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire qui, à mon sens, devrait ici servir de référence. J'ai ainsi constaté que les femmes qui étaient souvent attachées à certains lieux préfèrent aujourd'hui accoucher un peu plus loin de chez elles, pour profiter de la garantie qu'offre l'hôpital.

Parce qu'on ne sait jamais si un accouchement se passera bien, et qu'il faut toujours prévoir qu'un spécialiste puisse avoir à intervenir, je suis réservé sur l'ouverture des maisons de naissance tant que toutes les garanties ne sont pas prévues. Mais, je le répète : la réflexion doit être située dans un cadre territorial.

M. Guy Lefrand. Mais les maisons de naissance n'ont pas le statut d'établissement de santé !

M. Bernard Perrut. C'est pourquoi je considère qu'elles ne présentent pas toutes les garanties.

M. Dominique Dord. Deux conditions me semblent indispensables pour créer ces maisons. Outre le fait que les sages-femmes doivent davantage prendre la main sur l'accouchement, ce qu'elles font déjà à l'hôpital, il faut non seulement assurer une sécurité chirurgicale – en prévoyant par exemple qu'un chirurgien puisse intervenir en moins d'un quart d'heure – mais aussi garantir sur place la présence d'un pédiatre.

Mme Bérengère Poletti. En tant que sage-femme, j'ai travaillé des nuits et des week-ends entiers sans qu'un médecin ou un chirurgien soit immédiatement disponible. La réanimation néonatale fait partie des compétences des sages-femmes, qui réalisent aujourd'hui 90 % des accouchements. Elles savent procéder à une délivrance artificielle.

M. Guy Lefrand. Le projet n'est pas dirigé contre les sages-femmes !

Mme Bérengère Poletti. Certes, mais, à vous entendre, on a l'impression qu'aujourd'hui, quand une femme accouche, il y a toujours un gynécologue obstétricien, un anesthésiste ou un pédiatre prêt à intervenir.

Dominique Dord a raison : une intervention chirurgicale doit pouvoir être effectuée en moins d'un quart d'heure, mais, actuellement, les sages-femmes savent réagir dans ce sens. Par ailleurs, monsieur Perrut, les communautés hospitalières de territoires, qui constituent un réseau entre hôpitaux de différentes tailles, n'ont rien à voir avec les maisons de naissance. En l'espèce, il s'agit de créer des petites structures adossées à des maternités bien équipées, qui disposent d'un personnel médical suffisant. Je souhaite que l'on tente l'expérience, en l'encadrant toutefois.

Mme Anne Grommerch. Puisque notre but est d'offrir des conditions d'accouchement plus naturelles aux femmes qui le souhaitent, pourquoi ne pas

prévoir une structure à part dans les maternités, afin de bénéficier en cas de difficulté de la proximité des plateaux techniques ? Par ailleurs, on parle de réaliser une économie annuelle de 350 000 euros, mais le texte ne précise pas qui financera la construction des bâtiments.

Mme Edwige Antier. Le plus simple serait que les femmes accouchent dans une structure hospitalière. Contrairement à ce qu'a dit Bérengère Poletti, très peu de sages-femmes peuvent intuber un nouveau-né qui ne crie pas. Celles qui ont appris le geste pendant leurs études ne savent plus le faire si elles n'ont pas effectué assez souvent des accouchements à risque. La présence d'un anesthésiste et d'un pédiatre sur place me semble indispensable. L'idéal serait que les femmes accouchent dans un contexte sécurisé et, une fois tout risque écarté, partent rapidement soit chez elles, en hôpital à domicile, soit en maison de naissance.

M. Étienne Pinte. Ayant présidé pendant des années le conseil d'administration d'un hôpital, je me souviens que, lorsque les maisons médicales ont été créées, il était prévu de les installer le plus près possible de l'hôpital. À présent, on nous demande de créer des maisons de naissance dans les mêmes conditions, ce qui pose un problème de déontologie. À quoi bon créer ces structures extra-hospitalières à côté de l'hôpital ? N'est-ce pas une manière de restructurer sinon de démanteler ses services ? Je comprends que l'on cherche à réduire le coût de certains actes, mais j'ai du mal à saisir la cohérence d'une telle politique.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je savais que j'aurais ce débat avec vous, comme je l'ai eu en tant que rapporteur avec les représentants des acteurs concernés : caisses, Haute Autorité de santé, sages-femmes ou médecins. Je rappelle qu'il n'y a pas eu d'improvisation sur le sujet, puisque, depuis la mission périnatalité de 2005, un cahier des charges a été validé ; que notre but est d'offrir une alternative aux femmes qui préfèrent, aujourd'hui encore, accoucher à domicile ; enfin qu'il existe un corps de sages-femmes libérales qui donnent des consultations et suivent les femmes jusqu'à l'accouchement.

Le cahier des charges des maisons de naissance prévoit un réel encadrement. Les expérimentations, dont le nombre sera limité à cinq, seront décidées par le ministre qui n'autorisera l'ouverture d'une maison de naissance qu'à condition qu'elle respecte les normes de sécurité. Elle sera tenue par des sages-femmes libérales et n'accueillera que des patientes volontaires dont la grossesse ne présente aucun risque.

La maison de naissance devra en outre être située « à proximité immédiate » d'une maternité – c'est l'objet de l'amendement AS 327 –, comme les maisons médicales de garde des médecins libéraux, pour que le transport d'une unité à l'autre soit rapide. Elle devra être intégrée dans un réseau de périnatalité et son ouverture sera conditionnée à l'avis favorable des instances de l'établissement public ou privé concerné. J'insiste sur le fait que, pour sécuriser davantage le

dispositif, elle devra être attachée à un centre hospitalier public ou privé et n'accueillera que des femmes dont la grossesse est sans risque, appréciation qui relève de la compétence et de la responsabilité des sages-femmes.

Même si vous êtes nombreux à souhaiter que nous travaillions encore sur le dossier, je vous demande de ne pas écarter d'emblée une expérimentation qui sera parfaitement encadrée et qui répond à une demande de la part des sages-femmes libérales et publiques. Je vous propose par conséquent de rejeter les amendements de suppression et d'en venir à l'examen de ceux qui ont été déposés sur l'article, en attendant éventuellement d'autres améliorations.

M. le président Pierre Méhaignerie. Étant donné que la création des maisons de naissance est une mesure d'organisation, il n'est pas impossible que le Conseil constitutionnel estime qu'elle n'a pas à figurer dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Par ailleurs, je souligne qu'elle reste limitée, compte tenu des contraintes dont tous admettent l'importance. Dans ces conditions, la suggestion du rapporteur me semble bonne.

Mme Marisol Touraine. Le débat que nous venons d'avoir montre que la mesure n'entre pas dans le cadre d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale – sauf si l'on considère, ce qui serait désolant, que l'ouverture des maisons de naissance n'a pas d'autre but que financier. Puisque nous devons prochainement examiner une loi de santé publique, pourquoi ne pas y revenir à ce moment ? Pour notre part, nous ne voterons pas les amendements de suppression, mais nous ne voterons pas non plus l'article, faute d'avoir obtenu les réponses à nos questions.

La Commission adopte les amendements identiques AS 301, AS 186, AS 136 et AS 80.

En conséquence, l'article 40 est supprimé.

Les amendements AS 427, AS 327, AS 428, AS 81 et AS 82 deviennent ainsi sans objet.

Article 41

(art. 33 de la loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004)

Modification de la convergence tarifaire intersectorielle

L'article 41 a pour objet de modifier le VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, qui a posé le principe d'une convergence tarifaire intersectorielle, afin d'optimiser le processus de cette dernière.

1. 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 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 pour financer, à compter de 2005, 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'objectif national de dépenses d'assurance maladie (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 public et privé.

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, « *dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs* ». 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 ainsi 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.

2. La cible de la convergence intersectorielle a été progressivement précisée

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 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, 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 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. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a supprimé cette échéance intermédiaire de 2008, l'objectif d'une convergence pour 2012 étant toutefois maintenu. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, estimant qu'il fallait poursuivre les études nécessaires pour arriver à éclater plus finement l'écart résiduel entre les établissements publics et privés et faire ainsi 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, a repoussé l'achèvement de la convergence intersectorielle à 2018.

Ainsi précisée pour ce qui concerne son échéance, la cible de la convergence intersectorielle est longtemps restée imprécise, du fait de la difficulté à s'accorder sur ce que recouvre en pratique la convergence intersectorielle.

Le rapport de l'IGAS de janvier 2006 de la mission d'appui sur la convergence tarifaire public-privé a ainsi souligné que « *le texte législatif ne précise pas les modalités de la convergence. (...) Il n'indique pas enfin le sens de la convergence : vers le plus efficient, vers le moins efficient ou vers une cible intermédiaire* ».

De la même façon, le rapport d'information n°3265 « Réussir la T2A » (juillet 2006) présenté par M. Jean-Marie Rolland au nom de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, a énoncé que « *la convergence public-privé est un sujet sensible qui soulève de nombreuses questions encore non résolues aujourd'hui* », du fait notamment que le législateur « *n'a pas fixé toutes les modalités de réalisation de l'objectif* » et a relevé que le processus de convergence intersectorielle bute sur « *l'insuffisante précision de l'objectif de la convergence* ».

Enfin, le rapport de septembre 2006 de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement pour la sécurité sociale consacré au pilotage de la politique hospitalière a mis en avant « *les difficultés méthodologiques de la convergence* », en regrettant notamment que la mise en œuvre de la convergence intersectorielle ne soit pas définie dans ses principes essentiels, au nombre desquels compte le « *sens de la convergence (vers les tarifs les plus bas, moyens ou les plus hauts)* ».

Prenant acte de ces nombreuses observations faites par les corps de contrôle, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a fini par préciser, par un amendement présenté par le Gouvernement, 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.

3. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 modifie la définition de la cible de la convergence intersectorielle

La définition de la cible de la convergence intersectorielle retenue en 2008 par le législateur correspondait à la volonté de converger vers les tarifs des cliniques privées, identifiées comme les plus efficaces.

Une convergence vers les tarifs les plus hauts, voire même vers des tarifs moyens ne correspond, en effet, pas à un optimum économique. Le rapport de l'IGAS de janvier 2006 soulignait bien que rien ne peut justifier le choix retenu initialement en 2005 d'une convergence vers la moyenne qui présente un caractère inflationniste certain en faisant bénéficier les cliniques privées d'une hausse injustifiée des tarifs, sans se donner les moyens de faire valoir une exigence d'efficacité à l'égard des hôpitaux publics.

La recommandation générale n°1 du rapport de l'IGAS indiquait ainsi que « *les exigences de bonne gestion des deniers publics conduisent à considérer qu'elle doit s'opérer par un alignement progressif vers le plus efficace et non vers la moyenne* » et précisait que les tarifs du secteur privé « *ont vocation, dans le cadre de la convergence, à devenir des taux directeurs pour l'ensemble du secteur hospitalier* ».

Dans la logique retenue par le législateur en 2008 de faire converger les tarifs des établissements du secteur public vers les tarifs des cliniques privées, le Gouvernement a annoncé, dans l'exposé des motifs de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, l'expérimentation d'une « *convergence ciblée* » destinée à rapprocher certains tarifs des établissements publics et des établissements privés pour un montant d'économies de 150 millions d'euros. Le rapport 2010 au Parlement sur la convergence tarifaire indique que « *la convergence ne fut pas complète sur ces 35 GHM, un simple rapprochement tarifaire ayant été retenu pour 14 d'entre eux* » et qu'« *un bilan complet de la*

convergence ciblée n'est pas encore possible à ce jour, cette dernière ayant été mise en oeuvre il y a seulement six mois. Il sera retracé dans le rapport 2011 ».

Toutefois, s'il est exact que les tarifs cliniques privés sont majoritairement plus bas que ceux des établissements publics et privés à but non lucratif, le rapport 2010 au Parlement sur la convergence tarifaire fait apparaître aujourd'hui que « *cela n'est pas systématiquement le cas à l'échelle d'une prestation* ».

Il existe en effet des cas où le tarif le plus bas ou le plus efficient, tous secteurs confondus, correspond à celui des établissements antérieurement financés par dotation globale.

Le rapport 2010 au Parlement sur la convergence tarifaire indique ainsi qu'il existe 37 groupes homogènes de malades, mis en exergue par comparaison faciale des deux échelles de tarifs 2010, pour lesquels le tarif privé est supérieur au tarif public.

Liste des 37 GHM pour lesquels les tarifs du secteur ex-OQN (privé) sont supérieurs aux tarifs du secteur ex-DG (public)

(en euros)

Libellé	Tarif privé	Tarif public	Écart
Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	835	771	64
Allogreffes de cornée, niveau 3	8 600	7 631	969
Allogreffes de cornée, niveau 4	14 495	12 436	2 058
Autres interventions intraoculaires pour affections sévères, en ambulatoire	620	589	31
Allogreffes de cornée, niveau 3	7 630	6 663	967
Allogreffes de cornée, niveau 4	13 525	11 468	2 057
Traumatismes et déformations du nez, niveau 2	1 974	1 848	127
Traumatismes et déformations du nez, niveau 3	3 184	2 768	417
Otites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge inférieur à 18 ans	2 653	2 286	367
Otites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 18 ans	4 497	3 424	1 072
Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire	688	686	2
Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographique	21 491	20 985	507
Autres interventions cardiopulmonaires, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires	22 280	16 960	5 319
Autres interventions cardiopulmonaires, âge inférieur à 2 ans, sans circulation	16 647	15 470	1 177

Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 1	2 585	2 353	232
Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire, très courte durée	1 806	1 686	119
Infarctus aigu du myocarde avec décès : séjours de moins de 2 jours	1 341	928	413
Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 1	6 000	4 991	1 009
Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire, très courte durée	4 191	3 577	614
Autres interventions sur le genou, en ambulatoire	747	650	97
Explorations et surveillance de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	766	660	106
Ulcères cutanés, très courte durée	654	394	260
Explorations et surveillance des affections des seins	811	644	168
Exploration et surveillance gynécologiques	961	686	275
Nouveau-nés de 1 000 g à 1 499 g, sortis en vie	5 178	4 058	1 120
Nouveau-nés de moins de 1 000 g, sortis en vie	8 987	7 000	1 987
Explorations et surveillance pour maladies et troubles mentaux	981	731	250
Abus de drogues non éthyliques sans dépendance, niveau 2	2 708	2 085	624
Abus de drogues non éthyliques sans dépendance, niveau 3	3 451	3 287	164
Abus de drogues non éthyliques sans dépendance, niveau 4	4 757	4 282	475
Effets toxiques des autres substances chimiques, niveau 2	3 066	2 990	76
Autres effets toxiques, niveau 2	2 525	1 800	725
Autres effets toxiques, niveau 3	4 156	2 684	1 473
Autres effets toxiques, niveau 4	7 648	4 690	2 958
Autres motifs concernant majoritairement la petite enfance, niveau 2	6 307	3 712	2 595
Autres motifs concernant majoritairement la petite enfance, niveau 3	9 252	6 276	2 977
Autres motifs concernant majoritairement la petite enfance, niveau 4	13 125	8 934	4 191

Source : ATIH, tarifs mars 2010, sans honoraire.

Cette comparaison directe doit toutefois être nuancée, dans la mesure où elle ne prend pas en compte les différences de champ tarifaire. Lorsque celles-ci sont prises en compte, notamment l'intégration des honoraires des praticiens dans le privé, il apparaît que 242 GHS présentent un tarif moyen supérieur pour le secteur privé que pour le secteur public.

Sachant que ces GHS représentent environ 1,2 million de séjours des cliniques privées, soit 16% de l'activité du secteur, et que la masse financière de ces séjours est évaluée à 2,3 milliards d'euros, soit 22% de la masse du secteur, l'enjeu d'une convergence de ces tarifs privés vers les tarifs du secteur public n'est pas négligeable. L'étude d'impact annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale précise ainsi que « *la mesure comporte des effets directs sur les dépenses des régimes par les baisses de tarifs qu'elle emportera, dont on peut attendre une économie dès 2011 d'au moins 70 millions d'euros* ».

Il convient toutefois de souligner que la mesure proposée par l'article 41 de converger vers le tarif le plus bas, sans imposer que ce tarif soit systématiquement celui des établissements privés, ne règle pas toutes les difficultés pratiques d'une convergence intersectorielle vers les établissements les plus efficaces. En effet, cette modification de la cible de la convergence intersectorielle considère implicitement comme résolue la prise en compte du critère d'égalité de périmètre des charges fixé par la loi. Si le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dans une note d'avril 2009 sur la situation des établissements de santé, soulignait effectivement les efforts que doit faire le secteur le moins efficace pour aligner sa productivité sur celle du secteur affichant les tarifs les plus bas, il insistait parallèlement sur la nécessité que ce rapprochement se fasse « *bien entendu une fois tenu compte de la différence dans la nature des charges* ». Or, force est de constater que les études éclairant les écarts de coûts entre les établissements compte tenu des missions exercées se poursuivent encore et n'ont toujours pas abouti à un constat objectif et partagé de l'écart résiduel entre les deux secteurs, une fois qu'auraient été prises en compte toutes les différences dans la nature des charges.

*

La Commission examine les amendements identiques AS 84 de M. Dominique Tian, AS 142 de M. Jean-Luc Prével et AS 184 de M. Guy Lefrand.

M. Dominique Tian. Il s'agit de rouvrir le débat sur la convergence tarifaire, habituel dans le cadre de chaque projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Jean-Luc Prével. Il convient que la convergence s'effectue sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire.

M. Guy Lefrand. L'amendement AS 184 est défendu.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis favorable. J'espère que nous obtiendrons en séance des précisions de Mme la ministre sur ce problème qui avait déjà été évoqué l'an dernier en séance.

La Commission adopte les amendements identiques AS 84, AS 142 et AS 184.

Puis elle est saisie de l'amendement AS 85 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Il faut faciliter la convergence intersectorielle.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. L'amendement complexifie la convergence, tout comme la tarification à l'activité.

La Commission rejette l'amendement AS 85.

Puis elle adopte l'article 41 modifié.

Après l'article 41

Elle examine d'abord l'amendement AS 252 de Mme Danièle Hoffman-Rispal.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Même si, depuis plusieurs années, beaucoup d'unités de soins de longue durée ont été fermées et transformées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, un certain nombre d'entre elles accueille toujours des patients très fragilisés, souffrant de plusieurs pathologies et percevant un taux d'aide sociale important. De ce fait, au 1^{er} janvier 2010, les lits de ces unités ont été redéfinis avec un forfait plus important que les établissements. Mais la mise en œuvre de la convergence tarifaire amène les premières à perdre des moyens en soin, ce qui est très grave, compte tenu de l'état des malades. Dès lors que ces deux structures n'ont pas la même fonction, nous souhaitons que les unités continuent à percevoir un forfait plus important que les établissements pour personnes âgées dépendantes.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. Il faut poursuivre le processus de financement par la tarification à l'activité, et non revenir en arrière, quand bien même les unités de soin de longue durée le demanderaient.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Il n'est pas question de tarification à l'activité (T2A) en l'occurrence.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Mais il s'agit d'appliquer la convergence tarifaire, comme dans le secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Les unités ont été fermées précisément parce qu'elles ne pouvaient pas percevoir de T2A, puisqu'elles traitent des affections de longue durée. À Paris, le nombre de lits fermés depuis cinq ans dans ces unités est considérable. La convergence a pour effet de supprimer du personnel là où il est indispensable.

La Commission rejette l'amendement AS 252.

Puis elle est saisie de deux amendements identiques AS 247 de Mme Marisol Touraine et AS 302 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Marisol Touraine. La situation des hôpitaux publics montre que la convergence tarifaire et la T2A ne sont pas des modes de financement adéquats. Il est temps de prendre en compte l'évolution de l'activité des établissements publics. Je trouve choquant que l'on impose la convergence entre les établissements publics et privés, qui ne sont pas soumis aux mêmes contraintes, ni tenus d'accueillir toutes les pathologies ni toutes les populations.

Mme Jacqueline Fraysse. Les déficits hospitaliers le confirment : après l'instauration de la T2A, qui ne permet pas de prendre en charge la totalité des dépenses de l'hôpital public, celle de la convergence tarifaire est le coup de grâce. Comparons ce qui est comparable : hôpitaux publics et privés n'ont ni les mêmes missions ni les mêmes contraintes.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. Sur ce sujet, nos vues sont opposées. Les amendements proposent de supprimer la convergence intersectorielle, dont le Haut conseil de l'assurance maladie a indiqué, le 23 avril, que le principe n'est pas contestable. J'ajoute que l'application de la mesure a déjà été reportée à 2018.

La Commission rejette les amendements AS 247 et AS 302.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS 86 de M. Dominique Tian.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS 378 de M. Yves Bur, AS 72 de M. Dominique Tian et AS 141 de M. Jean-Luc Préel.

M. Yves Bur. L'amendement AS 378 est défendu.

M. Dominique Tian. L'amendement AS 72 également.

M. Jean-Luc Préel. L'an dernier, alors même que le principe d'un coefficient correcteur avait été accepté en commission mixte paritaire, la ministre a demandé en séance, de manière assez inhabituelle, que l'on revienne sur la disposition quand des mesures complémentaires auraient été effectuées. Celles-ci ayant fait apparaître un écart de 6,18 %, l'amendement AS 141 propose que ce coefficient correcteur soit désormais appliqué.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. L'amendement ne résout pas le problème des écarts de coût résultant des charges fiscales. Même si un premier rapport a été rendu, il faut attendre qu'une étude complète soit effectuée sur le sujet. J'émettrai un avis favorable à un autre amendement déposé dans le même but.

M. Yves Bur. Ces propositions sont récurrentes. Puisqu'on nous assure que le différentiel de coût ne peut être traité au niveau fiscal, il faut le prendre en compte.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Certes, mais la convergence entre le privé et le public doit intégrer les charges salariales et fiscales, qui ne sont pas identiques.

M. Yves Bur. Prendre en compte le différentiel entre les établissements va évidemment à l'encontre de la politique de tarification à l'activité et de convergence, mais il faut traiter le problème au lieu de demander la rédaction d'un nouveau rapport. Le différentiel est suffisamment établi : soit on veut le résorber, soit on considère que les établissements, en particulier les établissements de santé privés d'intérêt collectif, doivent s'en accommoder.

M. Dominique Tian. Le rapport existe depuis plusieurs mois, et il a été rédigé à la demande du ministère de la santé, ce qui le rend opposable.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Nous ne disposons en fait que de la moitié des données : le rapport concerne les charges salariales et non fiscales qui pèsent sur les établissements.

M. Dominique Tian. Réglons déjà la moitié du problème !

M. Jean-Luc Préel. L'amendement propose de reconnaître le principe d'un coefficient correcteur, dont le niveau pourra être fixé par décret.

M. le président Pierre Méhaignerie. Toutes les hautes autorités estiment que le rapprochement est nécessaire, mais, du fait des contraintes hospitalières, le Gouvernement peine à le mettre en œuvre.

La Commission rejette les amendements AS 378, AS 72 et AS 141.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette successivement les amendements AS 87 de M. Dominique Tian et AS 319 de Mme Jacqueline Fraysse.

Article 42

(art. L. 162-22 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale)

Distinction, au sein de l'objectif quantifié national et de l'objectif de dépenses d'assurance maladie, du montant afférent aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation

L'article 42 a pour objet, dans l'optique de la prochaine application de la tarification à l'activité aux secteurs de la psychiatrie et à celui des soins de suite et de réadaptation, de distinguer, au sein des composantes du sous-objectif « *autres dépenses relatives aux établissements de santé* » de l'objectif national de dépenses

d'assurance maladie (ONDAM), la part relative de ces deux secteurs. Il procède également à quelques adaptations techniques concernant les activités de soins de longue durée.

1. La tarification à l'activité doit s'étendre à terme aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation

a) Les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation sont aujourd'hui incluses de façon indifférenciée dans les dépenses relatives aux établissements de santé non tarifés à l'activité

Introduite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », la réforme de la tarification à l'activité (T2A), mettant en place un nouveau mode de financement des établissements de santé se substituant au financement de la dotation globale de financement pour les établissements publics et à la tarification à la journée ou à la prestation pour les cliniques privées, s'est initialement bornée aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Les activités de psychiatrie et celles relatives aux soins de suite et de réadaptation (SSR) ont ainsi été exclues du modèle de tarification à l'activité, notamment en raison de leur spécificité et de la très forte disparité entre les établissements de ces deux secteurs.

Les activités de SSR et de psychiatrie des établissements de santé font aujourd'hui l'objet d'un financement selon deux modalités :

– un financement par une dotation annuelle de financement pour tous les établissements publics et la grande majorité des établissements privés non lucratifs ;

– un financement par des tarifs de prestations, notamment des prix de journée, pour les autres établissements privés, notamment les cliniques à but lucratif.

Les dépenses relatives aux activités de psychiatrie et celles relatives aux SSR sont aujourd'hui retracées dans le sous-objectif⁽¹⁾ « *autres dépenses relatives aux établissements de santé* » de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), qui retrace toute les dépenses relatives aux établissements de santé non tarifés en T2A.

Ce sous-objectif de l'ONDAM comporte lui-même plusieurs composantes dont :

(1) L'article 1 de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale dispose que ces dernières doivent définir au moins cinq sous-objectifs et en donner le montant. La définition des composantes des sous-objectifs est d'initiative gouvernementale. Les commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale sont consultées sur la liste des sous-objectifs et la définition des composantes de ces sous-objectifs.

- les dépenses de SSR et de séjours en établissements psychiatriques en application d'un tarif pour les cliniques privées pour les frais de séjours, les médicaments, les dispositifs médicaux (dépenses dites de l'objectif quantifié national - OQN SSR et psy) ;

- les dotations annuelles de financement pour les SSR, pour l'activité de psychiatrie, pour les unités de soins de longue durée (USLD) pour les hôpitaux publics ou participant au service public et les hôpitaux locaux, ainsi que les dépenses des établissements de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon (dépenses dites de l'objectif de dépenses d'assurance maladie - ODAM).

Ainsi, les dépenses de SSR et de psychiatrie des établissements publics et des établissements privés non lucratifs sont aujourd'hui retracées au sein de l'objectif de dépenses d'assurance maladie (ODAM), tandis que celles relatives aux autres établissements privés le sont dans l'objectif quantifié national (OQN).

Comme on le voit, les modalités de fixation de ces composantes du sous-objectif de l'ONDAM relatif aux établissements de santé non tarifés en T2A ne permettent pas aujourd'hui de connaître la part respectivement allouée au champ de la psychiatrie et à celui des SSR. Ni l'OQN, ni l'ODAM ne distinguent, en effet, entre SSR d'une part, et psychiatrie d'autre part.

b) Les perspectives de déploiement du modèle de tarification à l'activité dans le secteur des soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie

L'objectif du législateur est de déployer à terme le modèle de la tarification à l'activité dans chaque champ de l'offre de soins hospitalière.

Dans cet esprit, l'article 77 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a notamment disposé que « *le Gouvernement peut expérimenter, à compter du 1^{er} janvier 2007 et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation des établissements de santé* ».

● *Les soins de suite et de réadaptation*

Les SSR ont pour objet la prise en charge de patients de tous âges, avec un objectif de récupération des fonctions initiales ou de compensation du handicap, dans la perspective d'un retour à domicile.

L'activité de SSR des établissements de santé augmente depuis plusieurs années, quel que soit le mode d'hospitalisation : 2,8 millions de séjours ont ainsi été enregistrés en France (métropole et DOM) en 2007, soit une hausse de 5,8 % par rapport à l'année précédente, ce qui représente 22 % de l'ensemble des journées réalisées en hospitalisation complète et 15 % des venues en hospitalisation partielle.

Le secteur des SSR a vocation à connaître un développement continu en raison de plusieurs facteurs, qu'il s'agisse de la croissance des besoins liés aux maladies chroniques et aux handicaps, de la tendance marquée au vieillissement de la population ou de la diminution de la durée d'hospitalisation en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique).

Après avoir fait l'objet en avril 2008 ⁽¹⁾ d'une importante révision de ses modalités d'organisation, l'activité de SSR doit aujourd'hui évoluer dans ses modalités de financement, l'objectif étant de parvenir, à partir de 2012, à l'application progressive d'un modèle cible construit, comme pour la tarification à l'activité du secteur médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), sur la base de quatre composantes :

- un bloc « activité », prenant en compte la très grande diversité des prises en charge ;

- un compartiment « molécules onéreuses » ;

- un compartiment « plateaux techniques et ateliers d'appareillage » destiné à regrouper les équipements très spécifiques ou très coûteux, les équipements plus standards ayant vocation à intégrer le bloc « activité » ;

- un compartiment « missions d'intérêt général ».

Sans attendre l'achèvement de ce modèle cible, le ministère de la santé a décidé de mettre en œuvre un modèle intermédiaire appelé IVA (indice de valorisation de l'activité) développé en 2009.

Comme dans le secteur MCO avant la mise en place de la T2A, ce modèle intermédiaire s'apparente pour les établissements publics à une modulation des dotations annuelles de fonctionnement et, pour les établissements sous OQN, à une modulation des tarifs de prestations.

Dans l'optique de l'achèvement du modèle cible, des travaux se poursuivent actuellement avec notamment une enquête sur les plateaux techniques et l'entrée en 2009 du secteur des SSR dans l'étude nationale de coûts à méthodologie commune.

- *La psychiatrie*

Quoi que moins avancés que pour le secteur des SSR, les travaux relatifs à la construction d'un modèle de financement de la psychiatrie à l'activité se poursuivent.

Les études en cours doivent fournir les bases d'analyse nécessaires pour tester différents modes de valorisation de l'activité en psychiatrie et élaborer un modèle de financement, qui sache à la fois tenir compte des spécificités de la

(1) Décrets n°2008-376 et 2008-377 du 17 avril 2008 (JO du 20 avril 2008).

psychiatrie liées à des activités hospitalières et sectorisées avec de multiples organisations et structures, et préserver la qualité et l'accessibilité des soins pour les patients.

2. L'article 42 vise à distinguer, au sein de l'objectif quantifié national (OQN) et de l'objectif de dépenses d'assurance maladie (ODAM), les montants afférents aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation

Dans la perspective d'une extension de la tarification à l'activité pour les activités de SSR, l'article 42 vise à distinguer, tant au sein de l'OQN que de l'ODAM, les montants afférents aux activités de SSR et de psychiatrie, sans toutefois scinder ces objectifs en deux.

L'article 42 procède également à quelques adaptations techniques concernant les activités de soins de longue durée, destinées à tirer les conséquences d'une note du Conseil d'État, et au retrait du libellé des activités de soins dans l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, afin de corriger un oubli dans l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

● *Financement spécifique des soins de longue durée*

Le I de l'article 42 a pour objet d'ajouter un 3° à l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, afin de distinguer, au sein de cet article qui dispose qu'un décret en Conseil d'État détermine les modalités de financement des différents soins qui peuvent être dispensés dans les établissements de santé autorisés, la catégorie spécifique des soins de longue durée.

Actuellement, l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale ne distingue que deux catégories de modalités de financement de ces soins : les activités remboursées sur la base des tarifs nationaux, c'est-à-dire financées à l'activité (1°) et les activités financées sur la base de tarifs journaliers propres à certains établissements de santé privés ou sur la base d'une dotation annuelle de financement pour les établissements du secteur public ou les établissements de santé privés d'intérêt collectif (2°).

Or, dans une note du Conseil d'État relative au projet de décret n°2010-1177 du 5 octobre 2010 portant diverses dispositions relatives à la tarification des établissements de santé et aux marchés des établissements publics de santé, la section sociale du Conseil d'État a estimé que les activités de soins de longue durée exercées par les établissements de santé au sein des « unités ou centres de soins de longue durée » n'entraient dans aucune des catégories prévues par l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale. En conséquence, le Conseil d'État appelait le Gouvernement, à l'occasion notamment de l'élaboration du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, à clarifier les

dispositions applicables à la prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale des frais afférents aux activités des « unités de soins de longue durée » et, plus généralement, à la tarification de ces activités.

C'est ce que réalise le **I** de l'article 42, qui isole une nouvelle modalité spécifique de financement des soins dispensés dans les établissements de santé autorisés, propre aux soins de longue durée financés conformément aux dispositions de l'article L. 174-5, c'est-à-dire soit par les régimes d'assurance maladie, soit par l'aide médicale de l'État.

• *Distinction au sein de l'objectif quantifié national des montants afférents aux activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie*

Le **II** de l'article 42 insère une nouvelle disposition dans l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale relatif à l'objectif quantifié national, ayant pour objet que l'arrêté de l'État fixant le montant de l'OQN distingue la part afférente aux activités de SSR et celle afférente aux activités de psychiatrie.

• *Retrait du libellé des activités de soins dans les articles du code de la sécurité sociale*

Conséquence directe de la loi du 21 juillet 2009 dite « HPST », l'article 2 de l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec celle-ci, a procédé au retrait du libellé des activités de soins des articles du code de la sécurité sociale, pour les remplacer par une référence aux modalités de leur financement.

Ce retrait du libellé des activités de soins des articles du code de la sécurité sociale a été réalisé avec la création de l'article L.162-22 et la modification des articles impactés, tels que les articles L.162-22-1 et L.162-22-6. Toutefois, lors de la rédaction de l'ordonnance, l'article L.174-1-1 a échappé à cette logique générale.

Le **1°**, le **2°** et le **3°** du **III** du présent article modifie donc l'article L.174-1-1, en supprimant les références explicites aux activités de psychiatrie et de SSR des établissements de santé publics (**1°**), aux unités de soins de longue durée des établissements de santé publics (**2°**) et aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation du service de santé des armées (**3°**).

• *Distinction au sein de l'objectif des dépenses d'assurance maladie des montants afférents aux activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie*

Le **4° du III** de l'article 42 insère une nouvelle disposition dans l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale relatif à l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM), ayant pour objet que l'arrêté de l'État fixant le montant de l'ODAM distingue la part afférente aux activités de SSR et celle afférente aux activités de psychiatrie.

Comme le précise l'étude d'impact transmise par le Gouvernement, l'idée est « *d'aboutir, à terme, à un objectif commun de dépenses pour l'ensemble des établissements exerçant les activités de soins de suite et de réadaptation, puis dans un second temps, pour l'ensemble des établissements exerçant une activité de psychiatrie* », sachant que « *l'arrêté annuel fixant le montant global de l'OQN et celui fixant l'ODAM préciseront désormais les montants afférents à chaque catégorie d'activités* ».

*

La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS 430 du rapporteur.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS 91 de M. Dominique Tian.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS 92 de M. Dominique Tian et AS 324 de M. Rémi Delatte.

M. Dominique Tian. Pour mettre en œuvre une tarification à l'activité en soins de suite et de réadaptation, je propose d'instituer une étude nationale de coûts à échelle commune aux secteurs hospitaliers publics et privés.

M. Rémi Delatte. L'amendement AS 324 est défendu.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. Des études comparatives de ce type ont été entreprises depuis 2009.

M. Dominique Tian. Mais elles n'ont abouti à rien !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Elles figurent dans l'étude nationale des coûts à méthodologie commune et dans le champ « activités cliniques de soins de suite et de réadaptation ».

La Commission rejette les amendements AS 92 et AS 324.

Puis elle adopte l'article ainsi modifié.

Après l'article 42

M. le président Pierre Méhaignerie. Compte tenu des votes précédemment intervenus ce matin, les amendements AS 51 de M. Dominique Tian, AS 120 de M. Jean-Luc Prél, AS 325 de M. Rémi Delatte, AS 123 de M. Jean-Luc Prél, AS 234 de Mme Marisol Touraine, AS 307 de Mme Jacqueline Fraysse, AS 308 de Mme Jacqueline Fraysse, AS 236 de Mme Marisol Touraine, AS 124 de M. Jean-Luc Prél et AS 237 de Mme Marisol Touraine sont devenus sans objet.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 76 de M. Dominique Tian.

Article additionnel après l'article 42

Développement de la dialyse à domicile

Puis elle examine l'amendement AS 328 de M. Jean-Marie Rolland.

M. Jean-Marie Rolland. Le partage des bonnes pratiques, domaine dans lequel les agences régionales de santé jouent un rôle essentiel, est primordial. On constate une forte disparité territoriale pour le développement de la dialyse à domicile – le taux des patients traités est de 3 % en Aquitaine contre 25 % en Franche-Comté – ; le Comité national de pilotage des agences doit donc proposer des pistes pour que, dans le respect de la qualité des soins, des économies budgétaires permettent à davantage de patients de bénéficier d'une technique efficace qui améliorera leurs conditions de vie.

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission adopte l'amendement AS 328.

Article additionnel après l'article 42

Pharmacies à usage intérieur des établissements d'un groupement de coopération sanitaire et social

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 63 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Il s'agit de permettre aux directeurs généraux des agences régionales de santé d'éviter les inconvénients liés à l'obligation de disposer d'une pharmacie à usage intérieur pour chaque établissement, lorsque les établissements sont membres d'un groupement de coopération sanitaire et social ou médico-social.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis favorable. Les pharmacies à usage intérieur doivent être mutualisées.

La Commission adopte l'amendement AS 63

Après l'article 42

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette les amendements identiques AS 89 de M. Dominique Tian et AS 140 de M. Jean-Luc Prével.

Article additionnel après l'article 42

Comptabilité analytique des établissements publics hospitaliers

Puis elle examine l'amendement AS 10 de M. Pierre Morange.

M. Pierre Morange. J'ai cosigné avec Jean Mallot et Dominique Tian cet amendement qui s'inscrit dans le droit fil des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS). Le rapport de Jean Mallot sur le fonctionnement interne de l'hôpital contient plus d'une quarantaine de préconisations que nous souhaiterions voir décliner dans la loi.

La mission ayant observé l'insuffisance des outils de comptabilité analytique nécessaires à la gestion de l'enveloppe hospitalière, nous proposons de fixer une date butoir – la fin de l'année 2011 – pour mettre en place une comptabilité fondée sur les éléments de comparaison reposant sur la base d'Angers, grande référence en la matière, qui permettra de procéder à des études de coûts comparés. Le versement des primes aux directeurs d'établissement comme à leurs adjoints sera conditionné à la mise en œuvre d'une comptabilité analytique.

M. Jean Mallot. L'amendement pourrait être cosigné par tous les membres de la MECSS, puisque le rapport sur l'hôpital a été adopté à l'unanimité. Qu'on soit ou non favorable à la convergence ou à la tarification à l'activité, il relève du bon sens. Aujourd'hui, les directeurs d'hôpitaux se voient appliquer des tarifs à l'activité que, faute de disposer d'outils de comptabilité dignes de ce nom, ils ne peuvent pas comparer à leurs propres coûts. Autant dire que l'on a pris le problème à l'envers : il aurait été plus simple de commencer par les doter de ces outils avant d'appliquer la T2A.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. Même si l'amendement découle des excellents travaux de la MECSS, la comptabilité analytique est déjà prévue par le code de santé publique. Il faut seulement affirmer notre volonté de la développer. Nous interrogerons la ministre sur ce point en séance publique.

M. Pierre Morange. Les auditions ont montré que la comptabilité analytique prévue par les textes n'est pas opérationnelle sur le terrain : deux tiers des établissements de soins n'en disposent pas.

M. Jean Mallot. Il faut non seulement rappeler les textes, mais aussi fixer une date butoir. La Cour des comptes a effectué le même constat que la MECSS.

M. le président Pierre Méhaignerie. Le secteur social constitue une boîte noire. Quand on observe les différences en matière de prestation selon les régions, une fois corrigé l'effet vieillesse, on mesure la nécessité de passer du « toujours plus » au « toujours mieux ». Le *benchmarking* devrait permettre des redéploiements efficaces pour lutter contre le laxisme et effectuer des remises en cause nécessaires.

Le procédé devrait d'ailleurs être étendu à d'autres secteurs. Le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC) travaillera demain sur la comparaison des politiques d'une région à l'autre. Dans ce domaine, on constate des variations considérables pour les mêmes agents.

La Commission adopte l'amendement AS 10.

Après l'article 42

Les amendements AS 2, AS 5, AS 7, AS 16, AS 17, AS 18, AS 24, AS 25, AS 27 et AS 28 ne sont pas défendus.

La Commission est saisie de l'amendement AS 77 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cet amendement n'est pas à sa place : il concerne l'article L. 6114-2 du code de la santé publique. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 77.

Elle rejette également, suivant l'avis défavorable du rapporteur, l'amendement AS 88 de M. Dominique Tian.

Elle examine ensuite l'amendement AS 243 de Mme Marisol Touraine.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il faudrait revoir la rédaction de cet amendement, qui reprend un dispositif existant.

La Commission rejette l'amendement AS 243.

Article additionnel après l'article 42

Création d'une plateforme commune d'imagerie entre public et privé

Elle est ensuite saisie, en discussion commune, des amendements AS 381 de M. Yves Bur, AS 246 de Mme Marisol Touraine et AS 312 de Mme Jacqueline Fraysse.

M. Yves Bur. Je propose de promouvoir un dispositif expérimental innovant en matière d'imagerie : une plateforme commune entre public et privé, afin de proposer une offre coordonnée.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cela contribuerait à la rationalisation des soins ; mais les modalités de fonctionnement restent imprécises. Il faudrait donc réécrire l'amendement et le revoir en article 88.

M. Yves Bur. Par ailleurs, je rectifie une erreur de date : l'expérimentation commencerait le 1^{er} janvier 2011.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Nous proposons, avec l'amendement AS 246, de mettre en place un nouveau cadre d'expérimentation en matière d'imagerie à compter de juin 2011, afin de voir ce qu'il en est de la sous-activité de certains équipements.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Mêmes remarques que précédemment.

La Commission adopte l'amendement AS 381 rectifié.

En conséquence, les amendements AS 246 et AS 312 n'ont plus d'objet.

Après l'article 42

La Commission examine ensuite l'amendement AS 379 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Je propose de déterminer librement, au sein d'une communauté hospitalière de territoire, les conditions économiques des actes, prestations et services assurés entre les membres.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 379.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS 385 de M. Yves Bur, AS 138 de M. Jean-Luc Prével et AS 83 de M. Dominique Tian.

M. Yves Bur. Il faut sortir du blocage des coopérations entre public et privé dans le cadre des groupements de coopération sanitaire. Ce blocage est, en effet, très dommageable à la rationalisation de l'offre de soins et à la complémentarité, non seulement entre les deux secteurs, mais aussi entre les établissements et les médecins libéraux.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Défavorable. Les conclusions des expertises juridiques menées par le Gouvernement ne sont pas encore connues : il faudra donc interroger Mme la ministre. De plus, la commission Fourcade évalue la loi dite « HPST », et ses difficultés de mise en œuvre ; elle fera à ce titre des propositions sur ces sujets.

M. Yves Bur. Attendre, toujours attendre !

La Commission rejette les amendements AS 385, AS 83 et AS 138.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 11 de M. Pierre Morange.

M. Pierre Morange. L'objet de cet amendement, issu des travaux de la MECSS, est de rendre obligatoire, pour les passations de marchés des établissements de santé, le passage par des groupements de commandes ou des

centrales d'achat. Cette disposition figurait déjà dans la réforme de l'assurance maladie de 2004 ; il s'agit de la mettre effectivement en œuvre.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. L'intention est louable, mais le sujet relève du domaine réglementaire.

M. Pierre Morange. J'entends bien, mais il est important que notre commission y revienne, car la loi de 2004, sur ce point, n'est guère appliquée.

M. le président Pierre Méhaignerie. Puisqu'il s'agit d'un amendement d'appel, je vous propose d'en débattre en séance publique.

L'amendement AS 11 est retiré.

Article additionnel après l'article 42

Politique d'intéressement dans les établissements publics de santé

La Commission examine ensuite les amendements identiques AS 459 du rapporteur et AS 387 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Les établissements publics de santé ne disposent pas de systèmes d'intéressement financier des personnels afin d'encourager l'efficacité de la prise en charge et de valoriser les initiatives individuelles ou collectives, notamment pour assurer une certaine réactivité dans l'évolution des organisations.

Il est donc proposé de permettre aux établissements de pratiquer ces intéressements.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cela était déjà préconisé par le rapport Larcher sur la réforme de l'hôpital. Nous l'avons d'ailleurs voté à l'unanimité l'an dernier en commission.

M. Jean-Luc Prével. Je suis d'accord sur le principe, mais je m'interroge sur les modalités : si j'ai bien compris, la répartition prendra la forme d'une réduction des cotisations sociales. La logique voudrait que l'on répartisse l'excédent financier.

M. Yves Bur. Il y a certains mécanismes de procédure à respecter.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La philosophie de l'amendement est d'intéresser les personnels hospitaliers dès lors que se dégage un excédent ; le reste est d'ordre procédural.

La Commission adopte les amendements AS 459 et AS 387.

Article additionnel après l'article 42

Respect des bonnes pratiques organisationnelles

Elle examine ensuite l'amendement AS 12 de M. Pierre Morange.

M. Pierre Morange. Je propose, au nom de l'efficiences médico-économique et selon une préconisation de la MECSS, de conditionner la liberté de gestion des établissements au respect des bonnes pratiques organisationnelles définies par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission adopte l'amendement AS 12.

Article additionnel après l'article 42

Établissement d'un bilan patrimonial des hôpitaux publics

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 13 de M. Pierre Morange.

M. Pierre Morange. Lors des différentes auditions auxquelles elle a procédé, la MECSS a constaté que le patrimoine hospitalier français était évalué à plusieurs dizaines de milliards d'euros – chiffre dont l'imprécision traduit la méconnaissance de la valeur réelle de ce patrimoine. Tout établissement public de santé doit selon nous dresser, chaque année, un bilan patrimonial. Au-delà d'un certain seuil, il nous semble indispensable que les documents soient transmis non seulement aux agences régionales de santé, mais aussi à la représentation nationale, qui pourrait y trouver des solutions pour financer le plan « Hôpital 2012 ».

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. L'article R. 6145-43 du code de la santé publique dispose déjà que le compte financier des établissements doit retracer leur situation patrimoniale. On ne peut pas voter deux fois la même disposition.

M. Pierre Morange. Je me permets d'insister. Nous venons d'adopter une disposition relative à la comptabilité analytique qui, bien qu'elle figure déjà dans les textes, n'est pas appliquée depuis des années, pour ne pas dire des décennies.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je veux bien donner un avis favorable, mais il faudra retirer votre amendement en séance.

M. Pierre Morange. Ce sera l'occasion d'interroger Mme la ministre sur le sujet.

La Commission adopte l'amendement AS 13.

Article additionnel après l'article 42

Expérimentation de l'annualisation du temps de travail

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 375 de M. Yves Bur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je suis favorable à cette mesure qui avait été annulée par le Conseil constitutionnel au motif que la durée de l'expérimentation n'était pas précisée.

La Commission adopte l'amendement AS 375.

Après l'article 42

Elle examine ensuite l'amendement AS 162 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement prévoit que l'agence régionale de santé peut assujettir l'établissement, *via* son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, à respecter une proportion minimale d'actes à tarifs remboursables.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. On peut approuver le principe, mais les conditions de rupture du contrat en l'absence de faute n'ont pas été expertisées. Votre amendement risque donc de poser de réels problèmes juridiques.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je proposerai une évaluation des agences régionales de santé, car la situation est contrastée : certaines d'entre elles démarrent lentement, avec un fonctionnement très bureaucratique.

M. Jean-Marie Rolland. Cela, je pense, sera précisé dans le bilan d'application de la loi. Ce sera d'ailleurs le point le plus intéressant : pour des sujets tels que l'accès aux soins, il est encore un peu tôt.

La Commission rejette l'amendement AS 162.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette ensuite les amendements identiques AS 383 de M. Yves Bur et AS 62 de M. Dominique Tian.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 14 de M. Pierre Morange.

M. Pierre Morange. Cet amendement s'inspire des travaux de la MECSS, et notamment du rapport de Catherine Lemorton sur les médicaments et leur coût. Il s'agit de développer l'utilisation des logiciels d'aide à la prescription certifiés par la Haute Autorité de santé en application de l'article L. 161-38.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Un amendement similaire d'Yves Bur a été adopté ce matin.

M. Pierre Morange. Ce n'était pas exactement la même chose, me semble-t-il.

Mme Catherine Lemorton. En effet : les deux amendements ne sont pas identiques mais complémentaires. Celui de M. Morange propose la certification des logiciels ; celui de M. Bur, que ces logiciels incluent l'aide à la prescription des médicaments génériques. On trouve sur le marché des logiciels non certifiés.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. En l'occurrence, nous parlons bien de logiciels certifiés.

M. Yves Bur. En effet : je vous renvoie à mon amendement AS 109.

M. Pierre Morange. Nos propositions concernent bien les logiciels d'aide à la prescription certifiés par la Haute Autorité de santé, non seulement pour les génériques mais aussi pour la stratégie médicale. En ce sens je puis, avec mes collègues de la MECSS, cosigner l'amendement de M. Bur.

L'amendement AS 14 est retiré, ainsi que l'amendement AS 61 de M. Dominique Tian.

La Commission est ensuite saisie de l'amendement AS 70 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Il importe que les professionnels libéraux puissent coopérer avec des établissements sanitaires et médico-sociaux sans pour autant voir leur statut conventionnel amoindri.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Nous avons adopté une mesure similaire ce matin.

L'amendement AS 70 est retiré.

La Commission examine ensuite les amendements identiques AS 52 de M. Dominique Tian et AS 121 de M. Jean-Luc Prével.

M. Dominique Tian. Il s'agit de favoriser l'adhésion des établissements aux mesures de régulation en assurant la présence des syndicats professionnels aux négociations.

M. Jean-Luc Prével. Nous souhaitons voir mettre en œuvre une politique contractuelle de régulation des dépenses prises en charge par l'assurance maladie, politique dont la transparence serait assurée par la signature d'une convention de trois ans entre les fédérations représentant les établissements, l'État et l'assurance maladie.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable : un tel accord-cadre tripartite serait

difficilement gérable. Par ailleurs cette politique est assurée par la définition d'objectifs quantifiés pour les établissements privés et publics.

La Commission rejette les amendements AS 52 et AS 121.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS 248 de Mme Marisol Touraine et AS 303 de Mme Jacqueline Fraysse.

M. Michel Issindou. Si l'on parle beaucoup de la convergence entre le public et le privé, elle tarde à être traduite en actes. Afin d'établir la vérité des prix, les honoraires médicaux doivent être intégrés dans le tarif de séjour des établissements privés, comme c'est le cas dans le public ; faute de quoi on compare des choux et des navets. La Cour des comptes, d'ailleurs, dénonce cette distorsion.

Mme Jacqueline Fraysse. Si on veut une régulation « prix-volume », il faut absolument intégrer les honoraires médicaux dans le tarif des établissements privés.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Défavorable, ces différences de coûts étant déjà prises en compte sur le plan législatif. En outre, intégrer dans les tarifs les honoraires des médecins libéraux reviendrait à remettre en cause les conditions de l'exercice libéral de la médecine dans les établissements privés, qui sont fixées dans le cadre d'une convention entre l'établissement et le corps médical. Enfin toute comparaison entre les charges salariales dans le public et dans le privé est difficile tant elles sont différentes.

La Commission rejette successivement les amendements AS 248 et AS 303.

Article additionnel après l'article 42

Intégration des mesures nouvelles dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie

La Commission est saisie des amendements identiques AS 384 de M. Yves Bur et AS 144 de M. Jean-Luc Prétel.

M. Yves Bur. Un certain nombre de dispositions adoptées en cours d'année par les pouvoirs publics, telle l'intégration de la formation infirmière dans le système LMD, ont des conséquences financières non négligeables pour les établissements publics de santé. C'est pourquoi nous proposons que les taux d'évolution de l'ONDAM intègrent systématiquement ces mesures nouvelles, notamment pour la détermination des sous-objectifs hospitaliers. C'est d'autant plus nécessaire que l'impact financier de ces mesures n'a pas toujours été suffisamment mesuré.

M. Jean-Luc Prével. Il arrive régulièrement que des mesures prises en cours d'année mettent en difficulté le budget des établissements.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Favorable. Certes, on nous avait assuré, dans le cadre du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, que le coût de l'intégration au LMD était déjà pris en compte dans la fixation de l'ONDAM. Cet amendement ne me paraît cependant pas inutile, afin que nous soyons informés des modalités de prise en compte de ces charges supplémentaires.

M. Jean-Luc Prével. C'est incohérent : je ne vois pas comment l'ONDAM pourrait tenir compte de l'avance de la multitude des décisions prises tout au long de l'année.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Une réserve est prévue à cet effet.

La Commission adopte les amendements AS 384 et AS 144.

Après l'article 42

Elle examine ensuite les amendements AS 316 et AS 317 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Ces amendements traduisent la même préoccupation. Ils visent à ce qu'un projet de loi de financement de la sécurité sociale rectificatif compense en fin d'année ces charges supplémentaires, qui pénalisent considérablement les budgets hospitaliers.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Ces amendements sont satisfaits par le vote précédent, qui permettra d'intégrer les charges nouvelles dans la construction de l'ONDAM.

Mme Jacqueline Fraysse. Vous savez aussi bien que moi que c'est le budget des hôpitaux qui supporte les revalorisations salariales décidées en cours d'année.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. *A priori*, ces charges sont prises en compte au moment de la fixation de l'ONDAM.

M. Jacques Domergue. Votre proposition, madame Fraysse, rendrait l'ONDAM inutile.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. J'ajoute que la loi a créé un comité de suivi de l'ONDAM, chargé de surveiller son exécution tout au long de l'année.

Mme Jacqueline Fraysse. Peu importe la méthode, pourvu que ces décisions ne pénalisent pas les budgets hospitaliers.

La Commission rejette les amendements AS 316 et AS 317.

Elle examine ensuite les amendements AS 249 de Mme Marisol Touraine et AS 314 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Notre amendement vise à introduire la prise en compte des caractéristiques régionales dans la régulation prix-volume. Dans certaines régions en effet, la population consomme moins de soins alors que les indicateurs de santé sont défavorables. Or, ces régions voient leurs tarifs baisser au même niveau qu'une région plus riche avec une consommation bien supérieure à la moyenne nationale. Il faut corriger cette anomalie, la création des agences régionales de santé devant faciliter la prise en compte de ces indicateurs régionaux. Dans la mesure où les effets de volume relèvent plus spécifiquement des secteurs où beaucoup d'actes et d'interventions sont réalisés, tels la chirurgie, il convient que chaque segment du champ médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), supporte de manière distincte l'évolution de son activité en volume dans le cadre de la fixation de ses tarifs.

Mme Jacqueline Fraysse. Mon amendement répond à la même préoccupation.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Défavorable à cette disposition peu opérationnelle. Des coefficients géographiques constituent déjà une réponse, même partielle, à ces disparités régionales. D'autre part, l'aide à la contractualisation couverte par la dotation Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation favorise déjà une politique de santé publique au niveau régional.

La Commission rejette les amendements AS 249 et AS 314.

Elle examine ensuite l'amendement AS 315 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il est inadmissible que l'enveloppe MIGAC serve de variable d'ajustement pour compenser les dépassements éventuels de l'ONDAM. Alors que les crédits MIGAC sont déjà insuffisants, une partie en est détournée de leur destination. Mon amendement vise à partager de façon équitable les efforts d'économie entre secteur public et secteur privé.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable, les dépassements étant déjà compensés de façon équitable selon les différentes catégories d'établissement. Contrairement à ce que vous dites, madame Fraysse, la dotation MIGAC est importante, et le volet « aide à la contractualisation » permet de rétablir certains équilibres financiers.

Mme Jacqueline Fraysse. En 2009, l'enveloppe MIGAC a été diminuée de 25 millions d'euros.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il n'y a pas les bons hôpitaux publics, qui ne doivent pas être gérés d'un côté, et les mauvais établissements privés de l'autre.

Mme Jacqueline Fraysse. Le public n'est pas là pour financer le privé.

La Commission rejette l'amendement AS 315.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS 94 de M. Dominique Tian et AS 148 de M. Jean-Luc Prétel.

M. Jean-Luc Prétel. Nous proposons de diviser l'enveloppe MIGAC en deux dotations, l'une destinée au financement des quatorze missions de service public définies par la loi dite « HPST », et l'autre à l'aide à la contractualisation.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Votre amendement est satisfait, puisque les textes distinguent déjà entre les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation.

M. Jacques Domergue. Pouvez-vous nous indiquer la ventilation des crédits MIGAC entre secteur public et secteur privé ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Non, puisque cela relève du directeur de l'agence régionale de santé. Les crédits du volet « missions d'intérêt général » représentent 97 % de la dotation globale. Mais, dans votre région, c'est 74 %.

M. Jacques Domergue. La loi dite « HPST » assigne aussi au secteur privé des missions d'intérêt général.

Mme Marisol Touraine. Je ne peux pas vous laisser dire, monsieur le président, que défendre l'hôpital public signifie accepter qu'il soit mal géré. Ce sont les dispositions que vous prenez qui rendent impossible une bonne gestion de l'hôpital public.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je défends moi aussi l'hôpital public. J'ai simplement dit qu'il n'y a pas les bons et les méchants.

M. Jean Mallot. Opposer qualité de la gestion et qualité des soins ne peut qu'aboutir à une impasse, et c'est pourquoi nous avons sous-titré le rapport que la MECSS a consacré à l'hôpital « *Mieux gérer pour mieux soigner* ». La répartition entre missions d'intérêt général et aide à la contractualisation est-elle constatée *a posteriori* ou établie *a priori* ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. D'après mon expérience personnelle, des rectifications peuvent intervenir en cours d'année pour tenir compte d'événements imprévus. Ainsi un CHU de ma région a bénéficié d'une dotation supplémentaire d'un million d'euros pour équilibrer son plan d'investissement.

M. Jean Mallot. Il s'agit donc bien d'une enveloppe globale.

La Commission rejette les amendements AS 94 et AS 148.

Elle est saisie de l'amendement AS 313 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous voulons contribuer à l'équilibre budgétaire des hôpitaux publics : loin d'accepter leur déficit, contrairement à ce que vous prétendez, nous en cherchons la raison et les remèdes. Plutôt que d'en imputer la responsabilité à une incompétence endémique des gestionnaires de l'hôpital, nous y voyons la conséquence de la tarification à l'activité, qui ne peut pas rémunérer toutes les activités.

Voilà pourquoi nous proposons de créer, au sein de l'ONDAM, une dotation de financement des charges de structures des missions de service public hospitalier. Il est anormal que l'activité d'une maternité de niveau 3, qui prend en charge les accouchements difficiles, soit rémunérée au même tarif qu'une maternité de niveau 1, lorsque tout se passe normalement, alors que ses charges de structures sont beaucoup plus lourdes.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Défavorable : l'enveloppe MIGAC englobe déjà le financement des charges de structures au titre de l'exécution de missions d'intérêt général.

Mme Jacqueline Fraysse. Ce n'est pas le cas.

M. Jacques Domergue. Une maternité de niveau 3 assure le suivi de grossesses qui ne sont pas toutes pathologiques, madame Fraysse, et l'ensemble de ses activités est financé sur une base forfaitaire.

M. Jean Mallot. Il ne faut pas confondre charges de structures et missions d'intérêt général. Il est évident que la tarification doit intégrer les charges de structures. Quant à savoir si la tarification doit refléter le coût de l'activité ou être un outil d'orientation vers telle ou telle activité, ce débat n'est toujours pas tranché.

La Commission rejette l'amendement AS 313.

Elle examine ensuite l'amendement AS 263 de Mme Marisol Touraine.

M. Christophe Sirugue. En 2010, une part significative des MIGAC, estimée à 550 millions d'euros, aura été gelée par les pouvoirs publics afin de

compenser un éventuel dépassement de l'ONDAM. Cet amendement vise à remédier à la confusion entre crédits MIGAC et ONDAM en sanctuarisant les crédits votés par le Parlement.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Défavorable. Conformément aux recommandations de la mission Briet, ces crédits constituent une réserve à utiliser selon les besoins.

M. Christophe Sirugue. Vous confirmez donc qu'une partie des crédits votés par le Parlement sert de variable d'ajustement.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. En cas de dépassement de l'ONDAM !

La Commission rejette l'amendement AS 263.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite l'amendement AS 382 de M. Yves Bur.

Article additionnel après l'article 42

Prise en charge des soins urgents dispensés aux malades non assurés

Elle est saisie de l'amendement AS 437 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Actuellement, l'assurance maladie prend en charge avec l'État les soins urgents dispensés aux malades non couverts par un régime d'assurance maladie et ne relevant pas de l'aide médicale d'État. Ces soins sont facturés par les établissements hospitaliers à l'assurance maladie en tarifs journaliers de prestations, lesquels sont très nettement supérieurs aux tarifs définis par les groupes homogènes de séjour, qui servent de base à la facturation par la tarification à l'activité. Le présent amendement propose d'aligner la tarification des soins et de l'hébergement, appliquée aux soins urgents, sur la T2A communément utilisée par les établissements de santé.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Il semblerait même que ces soins soient parfois payés deux fois. Avis favorable à l'amendement, qui permettra de simplifier le paiement.

M. Jacques Domergue. Pourquoi est-ce à la sécurité sociale de prendre en charge les soins de patients qui ne sont pas affiliés ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. C'est le mécanisme classique, s'agissant de patients qui ne sont pas pris en charge par l'aide médicale d'État.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il faut absolument que le ministère clarifie cette affaire.

M. Gérard Bapt. Une clarification ne s'impose-t-elle pas également s'agissant de la façon dont les séjours hospitaliers d'étrangers couverts par l'aide médicale d'État sont pris en charge ? Il semble que, là encore, ce soit le tarif journalier qui s'applique – d'où le caractère exponentiel des dépenses de l'État, certains établissements augmentant ce dernier afin de compenser le plan de redressement auquel ils doivent faire face.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Précisément, le débat est ouvert : le budget de l'aide médicale d'État dépend comme son nom l'indique de l'État et n'est pas inscrit au sein du projet de loi de financement de la sécurité sociale mais le double paiement n'en est pas moins parfois une réalité.

M. le président Pierre Méhaignerie. C'est en effet un débat de fond.

M. Dominique Tian. Cet excellent amendement que je me propose de cosigner ne nous dit pas quelles sont les sommes effectivement en jeu. Il est question de 60 millions pour l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris et, globalement, de 180 millions...

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Selon la CNAMTS, la somme globale s'élève en effet à 180 millions d'euros.

La Commission adopte l'amendement AS 437.

Article additionnel après l'article 42

Bilan national et comparatif par région des actes réalisés par les établissements de santé

Elle examine ensuite les amendements identiques AS 461 du rapporteur, AS 388 de M. Yves Bur, AS 147 de M. Jean-Luc Prével, AS 250 de Mme Marisol Touraine, AS 320 de Mme Jacqueline Fraysse et AS 333 de M. Jean-Marie Rolland.

M. Yves Bur. La CNAMTS doit publier chaque année un bilan national comparatif, quantitatif et qualitatif, par région, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé. Tel est le sens de cet amendement.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je propose que les auteurs des différents amendements cosignent mon amendement AS 461.

La Commission adopte l'amendement AS 461, AS 388, AS 250 et AS 320, les amendements AS 147 et AS 333 devenant sans objet.

Article additionnel après l'article 42

Contrôle des bonnes pratiques organisationnelles

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 15 de M. Pierre Morange.

M. Pierre Morange. Il tend à traduire l'une des préconisations du rapport de la MECSS sur le fonctionnement de l'hôpital, en faisant participer le contrôle médical à la mise en œuvre des bonnes pratiques d'organisation hospitalière élaborées par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Une cinquantaine d'établissements hospitaliers ont été sélectionnés pour participer au programme d'amélioration des pratiques hospitalières.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis favorable à cet amendement que j'invite chacun à cosigner, car il élargit le rôle du contrôle médical et conforte le caractère opérationnel des bonnes pratiques.

La Commission adopte l'amendement AS 15.

Après l'article 42

Elle examine ensuite l'amendement AS 380 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Il s'agit d'améliorer en l'assouplissant la composition des équipes médicales.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable, la rédaction de l'amendement faisant peser un risque d'instabilité sur les contrats en cours.

La Commission rejette l'amendement AS 380.

Puis elle étudie l'amendement AS 386 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Les établissements publics de santé rencontrant des difficultés à l'occasion du choix des experts agréés par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Il me semble utile de leur permettre de procéder à une mise en concurrence de ces derniers.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable, cela impliquerait une modification du code du travail, laquelle supposerait l'organisation d'une concertation avec l'ensemble des partenaires sociaux.

L'amendement AS 386 est retiré.

La Commission est saisie de l'amendement AS 374 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Cet amendement vise à lever les obstacles juridiques pénalisant les établissements de santé privés non lucratifs dans l'accès aux aides aux restructurations pouvant être apportées par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La question du versement des indemnités de départ volontaire aux agents, qui est au cœur de cet amendement, ne peut être réglée de la sorte et mérite de faire l'objet d'un traitement spécifique. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 374.

Article additionnel après l'article 42

Information du Parlement sur la politique immobilière des établissements de santé

Elle examine ensuite les amendements AS 390 de M. Yves Bur et AS 9 de M. Pierre Morange.

M. Yves Bur. La politique immobilière des établissements de santé constitue une source de rationalisation et d'économies trop souvent négligée. Le récent rapport de la MECSS a d'ailleurs montré tout le chemin qu'il reste à parcourir afin de valoriser leur patrimoine. Pour ce faire, il importe de définir des indicateurs et des objectifs figurant annuellement dans le programme de qualité et d'efficacité « Maladie ».

M. Pierre Morange. Je vous suggère d'adopter plutôt mon amendement, qui est issu des travaux de la MECSS.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis favorable à ces deux amendements. Chacun connaît la qualité des travaux de la MECSS !

M. Yves Bur. La rédaction de mon amendement me semble néanmoins plus conforme au contenu des programmes de qualité et d'efficacité.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je vous propose de rédiger un texte commun dans le cadre de l'article 88.

La Commission adopte les amendements AS 390 et AS 9.

Après l'article 42

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 90 de M. Dominique Tian.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 74 du même auteur.

M. Dominique Tian. Cet amendement dispose que l'Agence nationale d'appui à la performance est chargée de mettre en œuvre un plan quinquennal d'évaluation et de vente d'au moins 5 % du patrimoine privé des établissements publics de santé, dont elle rend compte annuellement dans le cadre d'un rapport public. Les Hospices Civils de Lyon, par exemple, possèdent un patrimoine de quelque 600 millions d'euros et l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille 467 logements, une dizaine de bars, des commerces, des logements, des restaurants, une forêt, une carrière de pierres, un immeuble etc.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable, ce dispositif est très excessif.

M. Dominique Tian. Ce n'est pas colossal, 5 % !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Il ne me semble pas de bonne politique de faire état de quelque chiffre que ce soit.

La Commission rejette l'amendement AS 74.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 180 de M. Guy Lefrand.

Article 43

(art. L. 341-10 du code de la sécurité sociale)

Cumul des revenus d'une activité non salariée avec une pension d'invalidité servie par le régime général

L'article 43 du projet de loi de financement a pour objet de permettre le cumul d'une pension d'invalidité avec les revenus liés à la reprise d'une activité non salariée dans des conditions de plafond de ressources équivalentes à celles de la reprise d'une activité salariée. Il s'agit de mettre en œuvre une proposition de réforme proposée par le Médiateur de la République.

Votre Rapporteur approuve cette proposition qui devrait permettre de supprimer un frein à la reprise d'activité par les personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité. Elle s'inscrit dans la continuité de l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. Celui-ci a prévu que les personnes invalides pourront continuer de bénéficier du versement de leur pension d'invalidité lorsqu'elles exercent une activité professionnelle au-delà de 60 ans (et ce jusqu'à 65 ans), sauf si elles demandent expressément la liquidation de leurs droits à l'assurance vieillesse. Auparavant, la pension d'invalidité était systématiquement supprimée à 60 ans et la pension de vieillesse pour inaptitude s'y substituait de manière automatique.

Pour autant, c'est d'une réforme en profondeur dont notre système d'invalidité a aujourd'hui besoin, comme l'a souligné le dernier rapport de la Cour des comptes relatif à la sécurité sociale.

A. L'ASSURANCE INVALIDITE : UN SYSTEME A REFORMER

La définition actuelle de l'invalidité résulte de l'ordonnance du 19 octobre 1945 : l'assurance invalidité, réservée aux assurés sociaux, a été conçue initialement comme une assurance contre le risque de ne plus pouvoir travailler. Conformément aux dispositions de l'article L. 341-1 du code de la sécurité sociale, « *l'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées, sa capacité de travail ou de gain* ».

1. Les prestations

Selon l'article L. 341-4 du code, les invalides sont classés en trois catégories. Les invalides de 1^{ère} catégorie restent capables d'exercer une activité rémunérée alors que ceux de 2^{ème} et 3^{ème} catégorie sont « *absolument incapables d'exercer une profession quelconque* ». En outre, les invalides de 3^{ème} catégorie doivent être « *dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie* ».

La pension versée par le régime général aux invalides de 1^{ère} catégorie, qui représentent 23 % des pensionnés en 2009, correspond à 30 % du salaire annuel moyen, tandis que la pension versée aux invalides de 2^{ème} catégorie (74 % des pensionnés) et aux invalides de 3^{ème} catégorie (3 % des pensionnés) est égale à 50 % du salaire annuel moyen, auquel s'ajoute, pour les invalides de 3^{ème} catégorie, la majoration pour tierce personne (MTP) d'un montant de 1 038 euros par mois au 1^{er} avril 2010.

La pension d'invalidité mensuelle moyenne versée aux 589 000 bénéficiaires du régime général s'élève, en 2008, à 589 euros : 378 euros pour les invalides de 1^{ère} catégorie ; 621 euros pour les invalides de 2^{ème} catégorie et 1 466 euros (y compris MTP) pour les invalides de 3^{ème} catégorie.

Par ailleurs, les pensionnés d'invalidité peuvent bénéficier d'un « minimum invalidité », l'allocation spéciale d'invalidité (ASI) financée par le Fonds spécial d'invalidité (FSI), si leurs ressources sont inférieures à un plafond (660 euros par mois pour une personne seule et 1 157 euros par mois pour un couple en 2010). Comme l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA, ex minimum vieillesse), mais à la différence de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'allocation spéciale d'invalidité est récupérable sur succession. Environ 15 % des pensionnés d'invalidité, soit un peu plus de 88 000 individus au sein du régime général, en bénéficient.

Malgré quelques incertitudes relatives aux dépenses des régimes spéciaux ou à la prise en compte du coût, non connu, de la validation des périodes assimilées au titre de l'invalidité, les dépenses d'invalidité des régimes de sécurité sociale peuvent être estimées, selon la Cour des comptes, à environ 6 milliards d'euros, dont 4,4 milliards d'euros pour le régime général. En incluant les dépenses des mutuelles et institutions de prévoyance, le total s'élève à environ 7,5 milliards d'euros

2. Une insuffisante articulation avec les dispositifs liés au handicap

La pension d'invalidité présente aujourd'hui certaines caractéristiques moins favorables que l'AAH, notamment pour les assurés les plus démunis. Depuis 1975, des modalités différentes d'appréciation des ressources sont à l'origine d'inégalités entre bénéficiaires potentiels de l'AAH et de l'ASI. De plus, l'ASI est récupérable sur succession, à la différence de l'AAH, ce qui entraîne un taux de non recours non négligeable.

Connue de longue date, cette situation avait amené la Cour des comptes en 1987 et plusieurs corps d'inspection depuis, à recommander la fusion de l'ASI et de l'AAH. L'option opposée a toutefois été retenue. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a, en effet, déconnecté la revalorisation de l'ASI de celle de l'AAH, laquelle doit augmenter, comme l'ASPA, de 25 % en l'espace de cinq ans. Par suite, en 2012, l'AAH serait égale à 776 euros par mois, soit environ 100 euros de plus que l'ASI.

Ainsi, un nombre croissant d'invalides devrait être conduit à demander une AAH différentielle. Cela nécessitera de leur part une démarche supplémentaire auprès de deux interlocuteurs différents (maison départementale des personnes handicapées et caisse d'allocations familiales), venant s'ajouter au réseau de l'assurance maladie servant la pension d'invalidité. Ces assurés devront faire l'objet d'une nouvelle évaluation de leur taux d'incapacité, mais à partir d'un barème différent. Ils bénéficieront ainsi le cas échéant d'une pension d'invalidité, d'un différentiel d'ASI, d'un différentiel d'AAH et d'un complément d'AAH, cet empilement de prestations étant versé par deux organismes différents...

3. La réforme proposée par la Cour des comptes

Malgré l'existence de deux dispositifs distincts, les frontières entre invalidité et handicap ne sont pas étanches. Il conviendrait donc, comme le proposait le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans un avis de 2008, de « *remettre à plat l'ensemble de ces dispositifs pour y mettre plus d'ordre, de simplicité et d'équité* », les zones de superposition n'étant « *ni claires ni peut être rationnelles* ». A minima, l'ensemble des textes relatifs à l'invalidité devrait être passé en revue dans l'objectif de rendre le système plus lisible et cohérent avec la prise en charge du handicap, des correspondances devant notamment être établies entre les taux d'incapacité relatifs à l'invalidité et au handicap.

Ainsi, la première étape d'une réforme consisterait en l'élaboration d'un référentiel commun d'évaluation entre l'invalidité et le handicap. Les nombreux outils conçus pour l'évaluation du handicap et pour mesurer la distance à l'emploi ne devraient pas être utilisés exclusivement pour le handicap.

Cette harmonisation des conditions de reconnaissance de l'invalidité et du handicap devraient permettre la fusion entre l'ASI et l'AAH, rendue inévitable par le décrochage évoquée plus haut, sauf à voir se multiplier des situations de cumul particulièrement complexes.

B. UNE PREMIERE ETAPE : LA SIMPLIFICATION DES REGLES DE L'ASSURANCE-INVALIDITE

Avant de pouvoir mettre en œuvre une telle réforme, il convient de simplifier le dispositif existant d'invalidité : c'est ce que propose de faire le présent article concernant les règles de cumul entre pension d'invalidité et reprise d'une activité.

1. Une différence de traitement selon la nature de l'activité injustifiée

Aujourd'hui, les règles de cumul entre invalidité et activité ne sont pas les mêmes selon que cette activité est salariée ou non. Si le pensionné reprend une activité salariée, le calcul du maintien de ses droits à pension tiendra compte du salaire qu'il percevait antérieurement à la reconnaissance de son invalidité ; ce ne sera pas le cas s'il reprend une activité non salariée. Cette différence de traitement résulte de l'application conjuguée de plusieurs textes.

En cas de reprise d'une activité salariée, c'est l'article R. 341-15 du code la sécurité sociale qui s'applique. Celui-ci dispose : « *la pension doit être suspendue en tout ou partie [...] lorsque [...] le montant cumulé de la pension d'invalidité [...] et des salaires ou gains de l'intéressé excède [...] le salaire annuel moyen de la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi d'invalidité.* » Ainsi, le pensionné peut-il retrouver l'équivalent de sa rémunération antérieure par une activité salariée.

En revanche, en cas d'exercice d'une activité non salariée, il résulte de l'application combinée des articles L. 341-10, R. 341-16 et D. 341-2 du code de la sécurité sociale que le montant de la pension est réduit, dès lors que le cumul des revenus tirés de la pension et de la reprise d'activité dépasse un plafond fixé réglementairement. En particulier, aux termes de l'article D. 341-2 : « *lorsque le total de la pension d'invalidité et du gain provenant d'une activité professionnelle non salariée dépasse le chiffre de 6 283,74 euros par an pour une personne seule et 8 700,59 euros pour un ménage la pension est réduite en conséquence* ».

Il résulte de ces règles que le bénéficiaire d'une pension d'invalidité du régime général qui reprend une activité non salariée ne pourra pas cumuler son

nouveau revenu avec sa pension, jusqu'au niveau de son ancien salaire. En effet, l'écrêtement de la pension sera total, dès lors que la reprise d'activité fera apparaître un gain équivalent à 51 % d'un SMIC net.

Ce mécanisme de plafonnement peut donc constituer un frein à la reprise d'une activité professionnelle et constitue, en toute hypothèse, une différence de traitement qui ne se justifie pas

2. Le dispositif proposé

Il convient donc de permettre le cumul d'une pension d'invalidité avec les revenus liés à la reprise d'une activité non salariée dans des conditions équivalentes à celles applicables en cas de reprise d'une activité salariée

C'est pourquoi le présent article propose d'abroger l'article L. 341-10 du code de la sécurité sociale qui fixe les règles spécifiques de cumul entre une pension d'invalidité et les revenus issus d'une activité non salariée. L'article L. 341-12 s'appliquera *de facto* au cumul pension d'invalidité et revenus non salariés, puisqu'il parle de « *salaire* » ou de « *gain* ».

Une solution alternative aurait consisté à relever les plafonds, mais cette solution n'aurait été que partiellement satisfaisante car elle aurait impliqué de maintenir un seuil au-delà duquel le cumul ne serait pas possible. Outre la difficulté tenant à la détermination de ce montant, cette solution n'aurait pas permis, en définitive, un alignement du traitement des situations, puisque les règles de cumul seraient demeurées différentes.

Selon l'étude d'impact, cette mesure devrait représenter un coût de 8 millions d'euros par an pour la CNAMTS : ces 8 millions d'euros correspondent aux pensions d'invalidité des 1 500 personnes ayant repris une activité non salariée et qui étaient, jusqu'ici, écrêtées presque systématiquement de manière totale, en application des règles de cumul actuelles, et qui seraient désormais versées dans les mêmes conditions qu'aux salariés.

La date d'abrogation est fixée au 1^{er} juin 2011, afin de permettre de prendre un décret en conseil d'État nécessaire pour préciser comment évaluer pour des revenus non salariaux, « le gain total » de la personne, à comparer, comme pour les salariés, au salaire antérieur à la mise en invalidité.

Précisions enfin que ces nouvelles règles de cumul seront applicables aux salariés agricoles bénéficiant d'une pension d'invalidité et reprenant une activité non salariée conformément à l'article L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime.

*

La Commission adopte l'article 43 sans modification.

Article 44

(art. L. 323-3-1 (nouveau) et L. 433-9 du code de la sécurité sociale ;
art. L. 1226-1-1 (nouveau) et L. 1226-7 du code du travail)

Retour à l'emploi des salariés atteints d'une maladie ou victime d'un accident non professionnels

Le présent article a pour objet d'étendre à l'assurance maladie le dispositif mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Ce dispositif vise à faciliter le retour à l'emploi de salariés en arrêt de travail suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle et autorise le maintien de l'indemnité journalière maladie aux salariés qui souhaitent accéder à des actions de formation professionnelle.

L'extension du dispositif, jusqu'alors réservé aux accidents du travail et maladies professionnelles, à des assurés atteints d'une maladie ou victime d'un accident non professionnels, a pour objectif principal d'éviter l'inactivité et de favoriser la réinsertion professionnelle de salariés concernés par un arrêt de travail de longue durée, c'est-à-dire supérieur à trois mois.

1. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a créé un dispositif réservé aux accidents du travail et aux maladies professionnelles afin de prévenir la désinsertion professionnelle

Le 1° du I de l'article 100 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a inséré un nouvel quatrième alinéa à l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoit le maintien de l'indemnité journalière lorsque la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle demande, après avis du médecin conseil, à accéder durant son arrêt de travail, et avec l'accord du médecin traitant, aux actions de formation professionnelle continue prévues par l'article L. 6313-1 du code du travail.

Lorsque la caisse de sécurité sociale décide le maintien des indemnités journalières dans ce cadre, elle doit en informer l'employeur et le médecin du travail.

Il convient ici de remarquer que les actions de formation visées couvraient alors un large champ :

Article L. 6313-1 du code du travail

« Les actions de formation qui entrent dans le champ d'application des dispositions relatives à la formation professionnelle continue sont :

- 1° Les actions de préformation et de préparation à la vie professionnelle ;
- 2° Les actions d'adaptation et de développement des compétences des salariés ;
- 3° Les actions de promotion professionnelle ;
- 4° Les actions de prévention ;
- 5° Les actions de conversion ;
- 6° Les actions d'acquisition, d'entretien ou de perfectionnement des connaissances ;
- 7° Les actions de formation continue relative à la radioprotection des personnes prévues à l'article L. 1333-11 du code de la santé publique ;
- 8° Les actions de formation relatives à l'économie de l'entreprise ;
- 9° Les actions de formation relatives à l'intéressement, à la participation et aux dispositifs d'épargne salariale et d'actionnariat salarié ;
- 10° Les actions permettant de réaliser un bilan de compétences ;
- 11° Les actions permettant aux travailleurs de faire valider les acquis de leur expérience ;
- 12° Les actions d'accompagnement, d'information et de conseil dispensées aux créateurs ou repreneurs d'entreprises artisanales, commerciales ou libérales, exerçant ou non une activité ;
- 13° Les actions de lutte contre l'illettrisme et l'apprentissage de la langue française ».

Par ailleurs, le 2° du I de l'article 100 a complété ce dispositif, en modifiant également l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale afin d'étendre aux victimes d'accidents du travail menant des actions de formation professionnelle le bénéfice des dispositions du livre I^{er} de la sécurité sociale en matière de couverture sociale.

Enfin, le II de l'article 100 a inséré un nouvel troisième alinéa à l'article L. 1226-7 du code du travail, qui précise que le contrat de travail est suspendu pendant la période où l'assuré en arrêt de travail bénéficie des actions de formation professionnelle ouvertes au titre du quatrième alinéa de l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale.

Il convient de préciser que la suspension du contrat de travail était déjà prévue au premier alinéa de l'article L. 1226-7 du code du travail pour le cas général d'un arrêt de travail consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

2. Les salariés victimes d'un accident ou atteints d'une maladie non professionnels bénéficient déjà de dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle

L'assurance maladie comporte dès aujourd'hui deux dispositifs visant à prévenir la désinsertion professionnelle, dont la portée est cependant plus limitée que ce que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu en matière d'accidents du travail et maladies professionnelles :

– le premier, codifié à l'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale, est restreint au cadre de la reprise du travail. Il autorise, sous certaines conditions, le maintien d'une partie de l'indemnité journalière pendant une période de reprise du travail à temps partiel. Il prévoit par ailleurs le maintien d'une partie de l'indemnité journalière « *si l'assuré doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé* ».

Comme le souligne l'étude d'impact annexée au projet de loi, ces dispositions s'inscrivent toutefois « *uniquement dans le cadre d'une reprise du travail* » et sont par ailleurs appliquées de manière limitée et hétérogène par les caisses d'assurance maladie, « *notamment du fait de leur imprécision en termes de procédures* » .

– le second, créé par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et codifié à l'article L. 323-4-1 du code de la sécurité sociale, prévoit une concertation du médecin conseil, du médecin traitant et du médecin du travail, visant à préparer et étudier les « *conditions et modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation* » pouvant être proposées à un assuré dont l'arrêt de travail dépasse trois mois.

D'après l'étude d'impact précitée, « *ce dispositif se heurte à l'insuffisante coordination entre médecins conseils et médecins du travail* ».

Limitée et insuffisamment efficaces, ces dispositions prévues par les articles L. 323-3 et L. 323-4-1 du code de la sécurité sociale méritent par conséquent d'être complétées par un dispositif susceptible de mieux anticiper les difficultés relatives à la reprise du travail et d'y apporter les réponses adaptées.

3. L'article 44 du projet de loi étend aux assurés atteints d'une maladie ou victimes d'un accident non professionnels le bénéfice des dispositions jusqu'alors réservé aux accidents du travail et maladies professionnelles

L'article 44 modifie plusieurs dispositions du code de la sécurité sociale et du code du travail, afin d'étendre aux assurés atteints d'une maladie ou victimes d'un accident non professionnels le dispositif spécifique aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. L'objectif est ainsi de garantir une couverture identique pour les risques maladie et les accidents du travail et maladies professionnelles.

En premier lieu, le 1^o (alinéa 2) du I prévoit la création d'un article L. 323-3-1 au chapitre 3 (« *Prestations en espèces* ») 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. Ce nouvel article dispose que le versement de l'indemnité journalière, durant la période d'arrêt de travail faisant suite à un accident ou une

maladie, ne fait pas obstacle à ce qu'un assuré accède à des « *actions de formation professionnelle continue prévues au 10° de l'article L. 6313-1 du code du travail* » ou à « *des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et conseil auxquelles la caisse primaire participe* ».

L'accord du médecin traitant sera requis préalablement à l'accès aux actions susvisées, et le médecin conseil formulera, en outre, un avis relatif à la compatibilité de la durée de ces actions avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail. Cette dernière disposition a pour objet de garantir que les actions susvisées contribueront à prévenir la précarisation professionnelle de l'assuré, et non à allonger de la durée de l'arrêt de travail.

Appliquée à l'assurance maladie, les dispositions de ce nouvel article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale reprennent, quasiment à l'identique, la rédaction actuelle du quatrième alinéa de l'article L. 433-1 du même code (*cf. supra*), qui s'applique aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

Toutefois, le dispositif proposé pour l'article L. 323-3-1 diffère quelque peu de celui de l'article L. 433-1 en ce qu'il restreint le champ des actions de formation professionnelle accessibles, prévues par l'article L. 6313-1 du code du travail. En effet, si le dispositif initial spécifique aux accidents du travail visait ces actions dans leur ensemble, la rédaction proposée pour l'article L. 323-3-1 de la sécurité sociale prévoit de les limiter aux seuls bilans de compétences, prévus par le 10° de l'article L. 6313-1 du code du travail, qui s'avèrent en pratique les plus opérationnels et les plus utilisés dans le cadre de la désinsertion professionnelle.

Le 2° du **I (alinéa 4)**, prévoit le remplacement du quatrième alinéa de l'article L. 433-1 précité relatif aux accidents du travail et maladies professionnelles par une disposition tendant à préciser que l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale, introduit par le 1° de l'article, est « *applicable aux arrêts de travail résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle* ». Le dispositif de prévention de la désinsertion professionnelle ayant désormais vocation à s'appliquer dans les mêmes conditions aux deux branches maladie et accidents du travail et maladies professionnelles, il est procédé dans l'article L. 433-1 relatif aux accidents du travail, dans un souci de simplification et d'allègement, à un simple renvoi au dispositif détaillé au nouvel article L. 323-3-1. Il convient de souligner que ce simple renvoi aboutit à restreindre aux seuls bilans de compétence le champ des actions envisageables dans le cadre de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, ce qui n'entraîne néanmoins pas de conséquence en pratique dans la mesure où seuls ces bilans étaient déjà utilisés.

Le 1° (**alinéa 7**) du **II** de l'article 44 crée un nouvel article L. 1226-1-1 à la section 1 (« *Absences pour maladie ou accident* ») du chapitre 6 (« *Maladie, accident et inaptitude médicale* ») du Titre II (« *Formation et exécution du contrat* »).

de travail») du Livre II (« *Le contrat de travail*») de la Première partie (« *Les relations individuelles de travail*») du code du travail.

Il s'agit ici de préciser que le contrat de travail est suspendu pendant la période où le salarié victime d'un accident ou atteint d'une maladie non professionnel bénéficie des actions de formation professionnelle de nature à faciliter sa réinsertion qui lui sont désormais ouvertes au titre du nouvel article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale.

Cette disposition vise donc à introduire dans ces cas une suspension du contrat de travail analogue à celle prévue pour les accidents du travail et les maladies professionnelles (*cf. supra*).

Le 2° (**alinéa 9**) du **II** adapte, afin d'en garantir la cohérence avec l'ensemble des nouvelles dispositions introduites par le présent article, l'article 1226-7 du code du travail, dont le troisième alinéa prévoit la suspension du contrat de travail des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles décidant de bénéficier des actions susmentionnées.

D'après l'étude d'impact, les modifications apportées par le présent article auraient un impact positif sur les dépenses des régimes de sécurité sociale. En effet, le dispositif prévu aboutirait à accélérer la réinsertion professionnelle des assurés, et permettrait ainsi de réaliser des économies « *dans le versement des indemnités journalières, dont l'ordre de grandeur peut être estimé à 15 millions d'euros pour la première année* ». Une « *montée en charge pluriannuelle* » est par ailleurs envisagée, sur la base suivante :

Économies attendues du dispositif

(en millions d'euros)

	2011	2012	2013	2014
Économies prévisionnelles sur les IJ	15	30	45	50

Source : étude d'impact du PLFSS pour 2011.

Cette estimation a été établie à partir d'une extrapolation des économies générées dans le département du Morbihan, suite à la mise en place du dispositif spécifique aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

*

La Commission adopte l'article 44 sans modification.

Article 45

Dotations des régimes obligatoires d'assurance maladie à divers établissements publics

Cet article vise à fixer le montant pour 2011 des dotations allouées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) et aux agences régionales de santé (ARS).

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

Le I de l'article 45 fixe à 250 millions d'euros le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) pour 2011. Il établit, en outre, le montant maximal de ses dépenses à 296 millions d'euros.

a) L'activité du Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

● *Les missions*

Le FIQCS a été créé par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, dont les dispositions sont codifiées à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. Il est issu de la fusion du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR), dont il reprend les missions.

D'après l'article L. 221-1-1 susmentionné, le FIQCS est chargé de :

– financer « *des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville* », en octroyant des aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé ;

– financer le développement de « *nouveaux modes d'exercice* », ainsi que de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux ;

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

– apporter son concours à des actions ou à des structures visant à maintenir l’activité et à permettre l’installation de professionnels de santé, « *pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire* » ;

– financer des actions « *favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé* » des professions de santé ;

– contribuer à la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP) et au développement d’une offre d’hébergement des données de santé des assurés sociaux dans des conditions permettant le partage de données médicales.

En outre, les articles 41 et 118 de la loi du 21 juillet 2009 dite « HPST », dont les dispositions sont codifiées respectivement aux articles L. 6323-5 et L. 1435-4 du code de la santé publique, ont étendu les missions du FIQCS en le chargeant de :

– verser, sur ses dotations régionales, la contrepartie financière pouvant être proposée par les agences régionales de santé (ARS) aux professionnels de santé conventionnés, centres de santé, pôles de santé, établissements de santé, établissements d’hébergement pour personnes âgées et dépendantes, maisons de santé, services médico-sociaux et réseaux de santé qui souscrivent un contrat ayant pour objet d’améliorer la qualité et la coordination des soins ;

– financer l’exercice coordonné des soins au sein de réseaux, centres, maisons et pôles de santé ayant signé un contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens avec une agence régionale de santé.

● *L’organisation*

Si le financement du FIQCS repose intégralement sur l’assurance maladie, sa gouvernance associe l’ensemble des acteurs de son champ de compétences. Il dispose en effet :

– d’un « *conseil national de la qualité et de la coordination des soins* », organe délibérant rassemblant des représentants du conseil de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie (UNCAM), des professionnels de santé, des fédérations d’établissements de santé et médico-sociaux et des personnalités qualifiées ; ce conseil délibère notamment sur « *les orientations stratégiques concernant les priorités d’action du fonds* », la part des crédits affectée au financement des réseaux de santé et des nouveaux modes d’exercice des professions de santé, la répartition des crédits entre l’enveloppe nationale et les enveloppes régionales ;

– d’un « *comité national de gestion* », organe exécutif composé à parité des représentants de l’État et du collège des directeurs de l’UNCAM, qui élabore les propositions soumises à la délibération du conseil national de la qualité et de la coordination des soins, définit la politique du fonds, évalue ses besoins de financement et établit une proposition de budget et contrôle son exécution ;

– du bureau du conseil national de la qualité et de la coordination des soins, composé à parité de représentants de l'assurance maladie et de professionnels de santé, qui est compétent pour attribuer les aides financées sur l'enveloppe nationale du fonds destinées au financement d'expérimentations relatives aux réseaux de santé et aux nouveaux modes d'exercice des professionnels de santé exerçant en ville.

b) La dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FIQCS

L'article L.211-1-1 du code de la sécurité sociale 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 et réparti entre les trois principaux régimes – régime général, régime agricole et régime social des indépendants – par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

D'après les annexes jointes au présent projet de loi, le budget prévisionnel du fonds pour 2011 est d'un montant de 296 millions d'euros, répartis comme suit :

● *Une dotation nationale de 66 millions d'euros, qui comprend :*

– une provision visant à financer les projets de l'agence nationale des systèmes d'information partagés de santé (ASIP), et plus particulièrement le dossier médical personnel (DMP) ;

– une provision destinée à la mise en œuvre des expérimentations nationales relatives à l'organisation des soins de premier recours ;

– l'accompagnement du développement des plans de santé publique ;

– la rémunération des bénéficiaires du nouveau contrat d'engagement de service public, prévu par la loi dite « HPST » et entré en vigueur pour l'année universitaire 2010-2011 ;

– les frais de gestion et l'évaluation des politiques du fonds, ainsi que la construction de son système d'information.

● *Un budget des dotations régionales, à hauteur de 230 millions d'euros, qui couvre notamment :*

– le financement du soutien à la mise en place, par les agences régionales de santé, de l'organisation des soins de premier recours ;

– le besoin de financement des réseaux de santé ;

– le financement de l'implantation des maisons médicales de garde et de dispositifs de régulation médicale ;

– le financement d’actions diverses ayant pour objet le maintien de l’activité et l’installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires.

Suivi du FAQSV depuis 2000 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	2009
Dotation*	-	231	190
Budget plafonné	-	285	320
Reprise du FAQSV	155,2	-	-
Recettes issues de la DNDR	63,5	-	-
Consommation annuelle	94,7	211	229
Solde annuel	124,0	20	- 39
Solde net cumulé	124,0	144,0	105,0

* gels de 70M€ en 2008 et de 50M€ en 2009

Source : CNAMTS - DSS

Le tableau ci-dessus fait apparaître une sous-consommation régulière des crédits du FIQCS, et les soldes successifs constituent un fonds de roulement de 105 millions d’euros en 2009. Par ailleurs, l’étude d’impact annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 prévoit que cette réserve sera diminuée de 30 millions d’euros au titre de l’année de 2010, pour atteindre 75 millions d’euros.

Afin de poursuivre l’effort de lissage de ces excédents, le I de l’article 45 fixe la participation des régimes d’assurance maladie à 250 millions d’euros, soit 46 millions d’euros de moins que le plafond maximal de dépenses du fonds, celles-ci devant être également couvertes par la mobilisation du fonds de roulement.

Par comparaison avec l'année 2010, on retiendra l'augmentation de 9 % du montant proposé pour la participation de l'assurance maladie au FICQS, augmentation qui prend utilement en compte la montée en charge des dispositifs relatifs aux agences régionales de santé, notamment les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ainsi que les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins.

2. Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

Les missions du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), prévues par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, ont été progressivement étendues, et comprennent aujourd'hui deux volets principaux (« ressources humaines » et « investissement ») auxquels s'ajoutent notamment l'appui à des actions de modernisation et la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) – pour un descriptif détaillé des missions et du fonctionnement du Fonds, se référer au commentaire présenté sous l'article 6 du projet de loi, qui tend à réduire sa dotation pour 2010.

Le **II** de l'article 45 prévoit que les régimes obligatoires d'assurance maladie participant, en 2011, à hauteur de 347,71 millions d'euros au financement du FMESPP, soit une dotation en augmentation de 118,7 % par rapport à 2010 (159 millions d'euros, après application de la déchéance prévue à l'article 6 du présent projet de loi).

D'après l'annexe 8 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, les besoins du fonds pour 2011 sont évalués à 347,71 millions d'euros et comprennent :

- un montant de 55,36 millions d'euros, couvrant les dépenses de ressources humaines ;

- une provision de 241,10 millions d'euros destinée à l'investissement, qui inclut notamment : 219,63 millions d'euros pour le plan *Hôpital 2012* ; 8 millions d'euros pour la poursuite du plan Alzheimer ; 4,5 millions d'euros provisionnés pour la poursuite du plan maladies rares ; 3,17 millions d'euros à destination des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ;

- une estimation de 51,25 millions d'euros pour les autres mesures, dont 10,15 millions d'euros pour la modernisation des équipements du SAMU et 5 millions d'euros pour la gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences.

Suivi du FMESPP depuis 2000

FMESPP	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dotation	121,9	205,8	244	450	470	405	327	376	201	260
Dotation cumulée au fonds	167,6	327,7	571,7	1021,7	1491,7	1896,7	2223,7	2599,7	2800,7	3060,7
Consommation annuelle	17,2	81,7	247,3	375	458,9	408,5	275,5	183,5	222,6	358,9
Consommation de crédits cumulés	17,2	98,9	346,2	721,2	1180,1	1588,6	1864,1	2047,6	2270,2	2629,1
Taux de réalisation annuelle		39,7 %	101,7 %	83,3 %	97,6 %	100,9 %	84,3 %	48,8 %	110,8 %	138,0 %
Taux de réalisation cumulée		30,2 %	60,6 %	70,6 %	79,1 %	83,8 %	83,8 %	78,8 %	81,1 %	85,9 %

Source : DSS/FMESPP

L'étude de la consommation des crédits du FMESPP au cours des années antérieures fait apparaître une grande variabilité, dont se dégage cependant une tendance marquée à la sous-consommation, ce dont témoigne le taux de réalisation cumulée de 85,9 % en 2009. La CNAMTS souligne à cet égard l'importance de la réserve de crédits dont dispose le fonds, et l'évalue à 551 millions fin 2010, une fois intégré l'impact de la procédure de déchéance prévue à l'article 6 du projet de loi.

3. L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

Le **III** du présent article prévoit de fixer à 20 millions d'euros la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) pour l'année 2011.

L'EPRUS a été 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, dont les dispositions sont désormais codifiées à l'article L. 3135-1 du code de la santé publique.

Cet établissement public de l'État à caractère administratif est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, et a pour principales missions la mise en œuvre et l'emploi du corps de réserve sanitaire, ainsi que la constitution et la gestion des stocks de produits nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves. Pour un descriptif détaillé des missions et de l'organisation de l'EPRUS, se référer au commentaire présenté sous l'article 6 du projet de loi.

En application de l'article L. 3135-4 du code de la santé publique, les ressources de l'EPRUS comprennent une dotation annuelle des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est limité à 50 % des dépenses engagées au titre de l'acquisition, la fabrication, l'importation, l'exportation et la

distribution des produits nécessaires à la mise en œuvre de ses missions, ledit plafond étant apprécié sur trois exercices consécutifs.

Après une année 2009 marquée par la pandémie de grippe A (H1N1), qui a donné lieu à une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie à hauteur de 338,3 millions d'euros, la participation de l'assurance maladie au financement de l'EPRUS connaît une baisse significative. Prolongeant la diminution de 49,7 % intervenue en 2010 (contribution à hauteur de 170 millions d'euros, après prise en compte de l'augmentation prévue à l'article 6 du présent projet de loi), le montant de la contribution diminuera de 88,2 % en 2011, pour s'établir à 20 millions d'euros.

D'après l'annexe 8 du présent projet de loi, la programmation prévisionnelle de l'EPRUS pour 2011 est évaluée à 113,9 millions d'euros, et se répartit selon les postes de dépenses suivants : produits de santé (antidotes, antiviraux et vaccins) ; dispositifs médicaux ; logistique et stockage ; réserve sanitaire ; fonctionnement de l'établissement.

Il convient de rappeler que la dotation de 20 millions d'euros en provenance des régimes obligatoires d'assurance maladie est exclusivement destinée à couvrir les dépenses de produits de santé de l'EPRUS. Elle s'inscrit dans le cadre d'une programmation triennale pour les exercices 2010 à 2012, dont le montant global est de 200,6 millions d'euros d'après l'étude d'impact annexée au présent projet de loi.

4. L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

Le IV de l'article 45 fixe à 45 millions d'euros le montant de la dotation globale pour 2011 versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

a) Les missions de l'office

L'ONIAM, établissement public de l'État placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, a été institué par l'article 98 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dont les dispositions sont codifiées aux articles L. 1142-22 et L. 1142-23 du code de la santé publique.

L'ONIAM détient deux missions principales :

– la prise en charge des frais de fonctionnement des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, et l'apport de son soutien technique et administratif, en application de l'article L. 1142-6 du code de la santé publique, en vue de mettre en oeuvre la procédure de règlement à l'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 ;

– l'indemnisation, au titre de la solidarité nationale, des 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.

Par ailleurs, 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 également chargé l'office :

– de réparer, au titre de la solidarité nationale, les décès et les dommages correspondant à un taux d'incapacité permanente supérieur à 25 %, lorsqu'ils résultent d'infections nosocomiales dans les établissements de santé ;

– d'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 compétences ;

– de prendre en charge les obligations de l'association « France-hypophyse », en matière d'indemnisation des personnes atteintes par la maladie de Creutzfeld-Jacob à la suite d'un traitement par hormone de croissance extractive d'origine humaine.

De plus, l'article 115 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (codifié à l'article L. 1142-22 du code de la santé publique) a élargi les missions de l'ONIAM à :

– la réparation des dommages directement imputables à une vaccination obligatoire ;

– l'indemnisation des victimes d'une contamination post-transfusionnelle par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) ;

– la réparation des dommages résultant des mesures d'urgence 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.

En outre, 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, à destination des 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.

b) La dotation globale pour 2011

D'après l'article L. 1142-23 du code la santé publique, les ressources de l'ONIAM comprennent une « *dotation globale* » versée par les organismes obligatoires d'assurance maladie et dont le montant est déterminé annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale.

Suivi de l'ONIAM depuis 2006 (en millions d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010 (prévisions)
Dotations annuelles Assurance Maladie (AM)	0	0	50	117	70
Dépenses	50	82	94,8	89,2	114,4
Résultat	- 39,9	- 69,2	- 27	48,3	- 26,3
Fonds de roulement	165,4	98,2	75,9	119,8	86,7

Source : annexes au PLFSS pour 2011.

Si les dotations de l'assurance maladie à l'ONIAM ont été établies à 70 millions d'euros par an de 2002 à 2004, puis à 30 millions d'euros en 2005, aucune dotation n'est apparue nécessaire en 2006 et 2007, compte tenu de l'importance du fonds de roulement de l'office.

Après un nouvel accroissement du fonds de roulement durant l'année 2009, en raison du faible montant des dépenses d'indemnisation durant cet exercice, les prévisions font apparaître que les dépenses se sont accrues en 2010, ce qui a pour conséquence de réduire les crédits disponibles de l'ONIAM.

En raison du niveau toujours important du fonds de roulement qui, d'après l'étude d'impact précitée, permettra d'absorber environ une année d'indemnisations, il est proposé de fixer la dotation pour 2011 à 45 millions d'euros, soit une baisse de 35,7 % par rapport à 2010.

Il convient de remarquer que le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale tend, à son article 39, à supprimer la dotation de l'Établissement français du sang (EFS) à l'ONIAM et prévoit son intégration dans la dotation globale des régimes obligatoires d'assurance maladie.

5. Les agences régionales de santé (ARS)

Le V de l'article 45 fixe à 191 millions d'euros le montant de la contribution pour 2011 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé (ARS). L'article susmentionné

prévoit, par ailleurs, que cette participation est répartie entre un budget de gestion, à hauteur de 151 millions d'euros, et les actions de prévention, à hauteur de 40 millions d'euros. La répartition de la contribution entre les régimes obligatoires d'assurance maladie est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

a) Missions et fonctionnement des agences régionales

Les ARS ont été créées par l'article 118 de la loi dite « HPST », dont les dispositions sont codifiées à l'article L. 1431-1 du code de la santé publique. Elles ont été mises en place le 1^{er} avril 2010.

Au terme de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, les ARS sont des établissements publics de l'État à caractère administratif et sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées. Elles ont été substituées aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH), ainsi qu'aux groupements régionaux de santé publique, aux unions régionales des caisses d'assurance maladie, aux missions régionales de santé et, pour partie de leurs compétences, aux caisses régionales d'assurance maladie.

L'article L. 1431-2 du code de la santé publique confie aux ARS deux missions principales, devant être satisfaites « *en tenant compte des spécificités de chaque région* » :

– la mise en œuvre régionale de la politique de santé, « *en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile* »

– la régulation, l'orientation et l'organisation de l'offre de services de santé, afin de répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et de garantir l'efficacité du système de santé.

À ces fins, les ARS pilotent les actions de santé publique et de prévention, organisent les soins hospitaliers, régulent l'offre de soins de ville, pilotent une partie du secteur médico-social et exercent certaines missions de veille et de sécurité sanitaires.

Chaque ARS est dotée d'un conseil de surveillance et placée sous la direction d'un directeur général. Lui sont également adjointes :

– une conférence régionale de la santé et de l'autonomie qui, par son rôle consultatif, participe à la définition « *des objectifs et des actions de l'agence* » ;

– deux commissions de coordination des politiques publiques de santé qui, associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements ainsi que les organismes de sécurité sociale, garantissent la cohérence et la complémentarité des actions de leurs membres.

b) Le financement des agences et la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie pour 2011

Selon l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, les ressources des ARS sont constituées par une subvention de l'État, une contribution des régimes d'assurance maladie, une contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), des ressources propres et, sur une base volontaire, par des participations de collectivités territoriales ou autres établissements publics.

La contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie, fixée annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale, correspond 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. Elle vise également à couvrir les frais de fonctionnement des services des organismes d'assurance maladie auxquels les agences se sont substituées.

Du fait des incertitudes relatives aux besoins de financement des ARS et à leur date d'entrée en fonction, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 n'avait pas, à titre exceptionnel, fixé le montant de la contribution de l'assurance maladie aux agences, et en renvoyait le soin à un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 est ainsi le premier à fixer le montant de la participation de régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des ARS. Il prévoit une dotation globale de 191 millions d'euros, qui comprend 151 millions d'euros au titre de leur budget de gestion et 40 millions d'euros au titre de leurs actions de prévention.

La dotation globale pour 2011 est supérieure de 21 % à celle fixée par arrêté ministériel pour 2010 (157,8 millions d'euros). En effet, si la dotation pour 2010 ne couvrait qu'un exercice tronqué débutant au 1^{er} avril, l'année 2011 sera le premier exercice complet des agences, justifiant par conséquent un accroissement du montant de la contribution.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 95 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) participe tout de même à l'amélioration des soins.

La Commission rejette l'amendement AS 95.

Puis elle adopte l'article 45 sans modification.

Après l'article 45

Après avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 97 de M. Dominique Tian.

Elle examine ensuite l'amendement AS 98 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Les établissements sont assez peu satisfaits du fonds de modernisation.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) est entrée en fonction en 2010 alors que les versements du fonds à la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) prendront fin en 2011. Votre amendement n'a donc pas d'objet. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement 98.

Après avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 99 de M. Dominique Tian.

Article 46

**Fixation des objectifs de dépenses
de la branche maladie, maternité, invalidité et décès**

Cet article a pour objet de fixer, en application de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, les montants des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès au titre de l'année 2011 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que pour le seul régime général.

1. L'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès, distinct de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

L'article L.O. 111-4 du Code de la sécurité sociale prévoit, parmi les documents à joindre au projet de loi de financement de la sécurité sociale, une annexe « *précisant le périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie* » ainsi que « *les modalités de passage des objectifs de dépenses des différentes branches à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie* » (ONDAM). C'est ce que fait l'annexe 7 du projet de loi. Il ressort bien de celle-ci que ces deux objectifs n'ont ni la même nature, ni le même périmètre.

• *Des champs différents*

Le champ des objectifs de dépenses de la branche maladie intègre des dépenses qui n'entrent pas dans le périmètre de l'ONDAM. C'est le cas des indemnités journalières d'assurance maternité et paternité, ou des prestations d'assurance invalidité et décès.

À l'inverse, le champ de l'ONDAM comprend des prestation et des charges qui relèvent de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et non de la branche maladie : les prestations pour incapacité temporaire et les indemnités journalières liées aux accidents du travail.

Ainsi, l'ONDAM est un objectif interbranche, mais il n'intègre pas toutes les branches dans leur ensemble. L'annexe 7 rappelle d'ailleurs que l'ONDAM ne comprend que 30 % des charges de la branche accidents du travail et maladies professionnelles et 80 % des charges de la branche maladie.

Composition de l'ONDAM et des comptes de branches pour l'exercice 2011

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 espèces = IJ maternité; - prestations invalidité décès; - prestations extra-légales (action sanitaire et sociale); - actions de prévention; - autres prestations.	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 espèces (hors IJ maternité).	I. Prestations pour incapacité temporaire: - prestations en nature; - prestations en espèces suite à AT.	- Prestations pour incapacité permanente.
II. Charges techniques	II. Charges techniques, dont: - dotation ONDAM médico-social à la CNSA; - prise en charge de cotisations des professionnels libéraux; - dotation aux fonds (FIQCS, 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 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011

• *Des dynamiques différentes*

Du fait de leurs champs différents, l'ONDAM et l'objectif de dépense la branche maladie, maternité, invalidité et décès suivent des rythmes de progression différents.

Selon les estimations présentées à la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2010, les prestations de la branche maladie hors-ONDAM devraient, en effet, évoluer en 2011 en fonction de déterminants spécifiques.

Pour ce qui est des dépenses d'indemnités journalières de maternité et de paternité pour 2010 et 2011, les prévisions sont fondées sur la combinaison d'une augmentation des salaires, d'une stabilité de la natalité et d'une progression des indemnités journalières de paternité plus rapide que celles de indemnités journalières de maternité. De telles prévisions viennent contrebalancer le recul des indemnités journalières de paternité en 2009. Ainsi, le rythme de croissance des indemnités journalières de maternité et de paternité serait respectivement de 2,2 % et de 3,7 % en 2010, puis de 2,3 % et 3,8 % en 2011.

Les indemnités journalières, maternité et paternité (régime général)

en millions d'euros

	2007	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%
Total	2 651	2 790	5,3%	2 857	2,4%	2 923	2,3%	2 993	2,4%
dont IJ maternité	2 447	2 572	5,1%	2 640	2,6%	2 698	2,2%	2 760	2,3%
dont IJ paternité	204	218	6,7%	216	-0,8%	224	3,7%	233	3,8%

Source : Rapport à la Commission de comptes de la sécurité sociale de septembre 2010.

S'agissant des prestations d'assurance décès, une quasi-stabilisation est intervenue entre 2008 et 2009, après deux années de baisse modérée en 2006 et 2007 et une augmentation en 2008. Pour 2010 et 2011, le niveau des ces dépenses se maintiendrait aux alentours de 161 et 162 millions d'euros.

Enfin, concernant les prestations d'invalidité, un fort ralentissement est observé depuis 2007 en raison de :

– l'arrivée des générations du « baby-boom » à l'âge de 60 ans à partir duquel ils ne relèvent plus de la branche maladie ;

– de la baisse des dépenses liées aux majorations de pensions du fait de la baisse des dépenses d'allocations supplémentaires d'invalidité et de la baisse du nombre de titulaires d'une majoration pour tierce personne.

Pour 2010, la revalorisation des pensions de 0,9 % en moyenne annuelle entraînerait une augmentation de 1 % des dépenses d'avantage principal. Cependant, la sortie de l'allocation spécifique d'invalidité du compte de résultat de la branche ferait diminuer de moitié la charge de celle-ci au titre des majorations de pensions.

Au total, les prestations légales d'invalidité diminueraient de 4,1 % en 2010. En 2011, elles augmenteraient de 1,1 % en raison d'une revalorisation des pensions plus importantes et d'un volume en léger recul.

Les pensions d'invalidité (régime général)

en millions d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Montants	4 269	4 398	4 435	4 458	4 275	4 323
Progression en valeur	4,8%	3,0%	0,9%	0,5%	-4,1%	1,1%
dont revalorisation	1,8%	1,8%	1,4%	1,3%	0,9%	1,6%
dont effet volume	3,0%	1,2%	-0,5%	-0,8%	0,1%	-0,4%

Source : Rapport à la Commission de comptes de la sécurité sociale de septembre 2010

• *Des natures différentes*

L'objectif de dépenses de la branche maladie est défini en fonction de normes comptables, tandis que l'ONDAM constitue un concept économique.

En effet, l'ONDAM retrace, en droits constatés, l'ensemble des dépenses prévisionnelles au titre d'une année, calculées sur la base de l'ONDAM de l'année précédente, puis régulièrement réévaluées au cours de l'année suivante. 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 2011 par le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2010. 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.

Par ailleurs, les objectifs de dépenses de la branche maladie sont établis soit pour le régime général seul, soit par addition des objectifs des différents régimes obligatoires de base. A l'inverse, l'ONDAM est construit d'emblée comme un objectif interrégimes.

2. Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Le présent article propose de fixer les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2011 :

– à 183,5 milliards d’euros pour l’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ;

– à 159,3 milliards d’euros pour le régime général de la sécurité sociale.

Par rapport aux objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2010, tels que rectifiés par l’article 7 du présent projet de loi, ces montants correspondent à des progressions :

– de 2,86 % pour l’ensemble des régimes, soit légèrement plus qu’entre 2009 et 2010 ;

– de 3,04 % pour le régime général, soit plus qu’entre 2009 et 2010.

Évolution des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès entre 2009 et 2011

(en milliards d’euros)

Objectifs :	Pour 2009 (montants tels que rectifiés par la LFSS pour 2010)	Pour 2010		Évolution 2010/2009	Pour 2011**	Évolution 2011/2010
		objectifs fixés par la LFSS pour 2010*	objectifs rectifiés par le PLFSS 2011*			
Tous régimes	173,9	179,1	178,4	2,59 %	183,5	2,86 %
Régime général	150,8	155,7	154,6	2,52 %	159,3	3,04 %

Source : loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 et projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011

* 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 46 sans modification.

Avant l’article 47

La Commission en vient à l’amendement AS 261 de Mme Catherine Génisson.

Mme Marisol Touraine. Année après année, nous présentons cet amendement : nous proposons une expérimentation en vue de mettre en place une

péréquation de l'ONDAM hospitalier entre les régions, dans la mesure où les situations sont différentes, du point de vue des besoins de santé comme des structures hospitalières. Alors que sont installées les agences régionales de santé, cela devrait finir par faire consensus.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avec les agences régionales de santé, nous avançons quand même. Et nous venons d'adopter un amendement qui crée une évaluation régionale des actes et des pathologies. Enfin, l'ONDAM comporte déjà des coefficients géographiques. L'amendement n'est donc pas justifié. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 261.

Article 47

Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Cet article a pour objet de déterminer, conformément à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour l'année à venir ainsi que ses sous-objectifs.

1. Montant et construction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2011

a) Un ONDAM fixé à 167,1 milliards d'euros, en croissance de 2,9 %

Il est proposé de fixer l'ONDAM pour 2011 à 167,1 milliards d'euros. Ce montant représente une augmentation de 4,7 milliards d'euros par rapport aux dépenses prévisionnelles de l'exercice 2010, ce qui correspond à une augmentation de 2,9 %.

Dans un contexte de contraintes historiques pesant sur nos finances publiques, la progression de ces dépenses constitue un effort financier conséquent, traduisant la priorité accordée par le Gouvernement au financement solidaire de notre système de santé.

Le taux-cible de progression des dépenses incluses dans le champ de l'ONDAM, qui atteint 2,9 %, est conforme aux perspectives d'évolution des dépenses fixées par le Président de la République sur la base des travaux de la conférence sur les déficits réunie le 20 mai 2010.

Les responsables consultés par votre Rapporteur ont approuvé cet objectif ambitieux, tout en étant réaliste. En effet, il s'établit à un niveau très proche du taux d'évolution de l'ONDAM constaté en 2010 (3 %). De plus, les procédures de suivi infra-annuel de l'ONDAM, renforcées par l'article 32 du présent projet de loi, ainsi que par les autres mesures proposées par le groupe de travail sur le

pilotage des dépenses d'assurance maladie présidé par M. Raoul Briet⁽¹⁾, contribueront à un meilleur respect de l'ONDAM voté par le Parlement.

b) La construction de l'ONDAM

• *La base de construction de l'ONDAM et ses modifications de périmètre*

Les dépenses prévisionnelles de l'exercice 2010 sont retenues comme base pour la construction de l'ONDAM pour 2011.

Par rapport à l'objectif fixé pour 2010, l'ONDAM proposé pour 2011 présente un périmètre légèrement différent. Conformément aux dispositions de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, l'annexe 7 au présent projet de loi présente les modifications de ce périmètre et de la composition de ses sous-objectifs, et indique l'évolution prévisionnelle des dépenses à structure constate.

Selon cette annexe, le périmètre de l'ONDAM sera affecté en 2011 par les trois modifications suivantes :

– le transfert, du sous-objectif de l'ONDAM relatif aux soins de ville à la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées, de 18 millions d'euros au titre des frais de transport des personnes adultes lourdement handicapées qui sont prises en charge en maison d'accueil spécialisée (MAS) ou en foyer d'accueil médicalisé (FAM) suivant un régime d'externat ou de semi-externat ;

– la réintégration, dans l'évaluation des dépenses de l'exercice 2010 servant de base à la construction de l'ONDAM pour 2011, des 100 millions d'euros restitués par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à l'assurance maladie en 2010 ; cette restitution était justifiée par la sous-consommation de ces crédits qui, selon l'annexe 7, « *résulte d'une budgétisation en autorisations d'engagement qui n'intégrait pas encore le passage en crédits de paiement* » ; la réintégration de ces crédits dans la base de construction de l'ONDAM est cohérente avec le caractère par nature transitoire de cette mesure ;

– le débasage des 100 millions d'euros de dépassement anticipé pour 2010 sur les sous-objectifs de l'ONDAM concernant les dépenses hospitalières ; l'annexe 7 justifie ce débasage par le fait que ce dépassement « *devra être absorbé dans la construction de la campagne tarifaire pour 2011* », ce qui signifie que les moyens alloués dans le cadre de cette campagne seront définies en référence aux objectifs fixés pour 2010, et non aux réalisations constatées.

Les effets de ces modifications de périmètre sur le montant de l'ONDAM se compensent. Ainsi, le montant total de l'ONDAM n'en est pas affecté, comme le montre le tableau ci-dessous.

(1) Voir le rapport remis au Premier ministre par le groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie présidé par M. Raoul Briet, avril 2010.

Modifications du périmètre de l'ONDAM entre 2010 et 2011

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
Frais de transport des personnes lourdement handicapées	- 18				18		0
Rebasage ONDAM personnes âgées				100			100
Débasage ONDAM hospitalier		- 100					- 100
TOTAL ONDAM	- 18	- 100	0	100	18	0	0

Source : annexe 7 au présent projet de loi

● *L'évolution tendancielle des dépenses du champ de l'ONDAM*

La construction de l'ONDAM repose sur l'hypothèse d'une croissance tendancielle de 4,4 % des dépenses du champ de l'objectif. Ce taux recouvre toutefois des évolutions tendanciennes différentes selon les composantes de l'ONDAM :

– les dépenses de soins de ville augmenteraient spontanément de 5,1 %, cette prévision intégrant 4,7 % de croissance de la consommation de soins, ainsi que des provisions pour risques et des revalorisations tarifaires, notamment celle du tarif de la consultation des médecins généralistes ;

– les dépenses hospitalières croîtraient tendanciellement de 3,3 %, cette prévision intégrant les conséquences des évolutions statutaires des infirmiers prévues par le protocole d'accord du 2 février 2010 ;

– les dépenses médico-sociales connaîtraient une progression spontanée de 5,8 %, leur rythme de progression étant plus fort pour les dépenses en faveur des personnes âgées (6,9 %), que pour les dépenses consacrées aux personnes handicapées (4,8 %) ;

– les dépenses relatives aux autres modes de prise en charge connaîtraient une évolution tendancielle de 5,9 %.

● *Les mesures d'économies prévues*

Pour ramener la croissance prévisionnelle des dépenses du champ de l'ONDAM en 2011 à un rythme soutenable, la construction de l'ONDAM intègre un plan d'économies portant sur 2,4 milliards d'euros, dont l'annexe 7 présente les principales mesures.

Dans un souci d'équité, tous les acteurs du secteur de la santé seront ainsi mis à contribution :

– les actions de maîtrise médicalisée doivent dégager 550 millions d'euros d'économies ;

– des baisses de prix de médicaments, négociées entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et l'industrie pharmaceutique, devront permettre 500 millions d'euros d'économies ;

– les radiologues et les biologistes verront leurs tarifs baisser, pour une économie de 200 millions d'euros ;

– le ticket modérateur sera augmenté de 5 % sur les médicaments aujourd'hui pris en charge à 35 % et sur les dispositifs médicaux, pour un rendement attendu de 195 millions d'euros ;

– le seuil de déclenchement du ticket modérateur forfaitaire de 18 euros, applicable aux actes coûteux, réalisés en ville ou à l'hôpital, passera de 91 à 120 euros : il devrait en résulter une économie de 95 millions d'euros ;

– la poursuite de la convergence tarifaire devrait dégager 295 millions d'euros d'économies ;

– les nouvelles modalités de budgétisation des dépenses médico-sociales à la charge par l'assurance maladie ont pour effet de réduire de 300 millions d'euros le besoin de financement au titre de l'année 2011.

De plus, l'institution de forfaits pour la prise en charge des autotests de dosage de glycémie, l'évolution des critères d'entrée en affection de longue durée (ALD) pour les patients souffrant d'hypertension artérielle et la fin de la prise en charge systématique des transports pour les patients en ALD permettront 75 millions d'euros d'économies supplémentaires.

2. Ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2011

Conformément à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le projet de loi décompose l'ONDAM pour l'année à venir en sous-objectifs dont le nombre ne peut être inférieur à cinq, la définition des composantes des sous-objectifs étant d'initiative gouvernementale.

Conformément à cet article, le présent projet de loi propose de ventiler l'ONDAM en six sous-objectifs sectoriels, que présente le tableau ci-dessous.

Ventilation de l'ONDAM pour 2011

	Base 2011	Sous- objectifs	Taux d'évolution
1) Dépenses de soins de ville	75,2	77,3	2,8 %
Total ONDAM Établissements de santé	70,9	72,9	2,8 %
2) Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	52,4	53,9	2,8 %
3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,5	19,0	2,7 %
Total ONDAM Établissements et services médico-sociaux	15,2	15,8	3,8 %
4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,3	7,6	4,4 %
5) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,0	8,2	3,3 %
6) Dépenses relatives aux autres prises en charge	1,0	1,1	5,9 %
ONDAM TOTAL	162,4	167,1	2,9 %

Source : annexe 7 au présent projet de loi

• *Une progression équilibrée et continue des dépenses ambulatoires et des dépenses hospitalières*

Les dépenses de soins de ville, retracées par un sous-objectif souvent appelé l'« ONDAM ambulatoire », devraient atteindre 77,3 milliards d'euros en 2011, contre 75,2 milliards d'euros en 2010, soit un taux de progression de 2,8 %.

Ce taux-cible de croissance est le même que celui établi pour l'exercice 2010, au cours duquel l'« ONDAM ambulatoire » a été strictement respecté. Ce sous-objectif paraît donc réaliste, et permet une croissance continue de dépenses de soins de ville.

Les deux sous-objectifs de dépenses consacrés aux établissements de santé, concernant pour l'un les dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité et pour l'autre les autres établissements, forment ensemble ce qu'il est convenu d'appeler l'« ONDAM hospitalier ». Le montant fixé pour le premier sous-objectif atteint 53,9 milliards d'euros, au lieu de 52,4 milliards d'euros en 2010, ce qui représente une croissance-cible de 2,8 %. Le second sous-objectif est fixé à 19 milliards d'euros, soit 500 millions d'euros de plus qu'en 2010, ce qui représente une croissance de 2,7 %.

Pris globalement, l'ONDAM hospitalier passe de 70,9 milliards d'euros en 2010 à 72,9 milliards d'euros prévus pour 2011, ce qui représente une croissance de 2,8 %.

Ainsi, c'est la troisième année consécutive que le taux-cible de croissance des dépenses est le même pour la ville et pour l'hôpital.

- *Une progression raisonnable des dépenses médico-sociales*

Les dépenses médico-sociales à la charge de l'assurance maladie sont retracées par deux sous-objectifs de l'ONDAM distincts :

– l'un constitue la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées ;

– l'autre représente la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées.

Ces deux sous-objectifs forment ensemble ce qu'il est convenu d'appeler l'« ONDAM médico-social ».

Ils constituent des « enveloppes fermées » : ils sont délégués à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et leur emploi est limité par un objectif global de dépenses limitatif. Ainsi, ils ne peuvent pas être dépassés.

- *Une croissance dynamique des autres modes de prises en charge*

Le dernier sous-objectif de l'ONDAM regroupe diverses catégories de dépenses soumises à un effort de régulation.

Il s'agit notamment des crédits du Fonds d'investissement pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), des remboursements de soins reçus par des Français à l'étranger et du financement de certaines structures médico-sociales n'entrant pas dans le champ de compétence de la CNSA, comme les services et associations spécialisés en addictologie ou intervenant dans la prise en charge des malades en situation de précarité.

Le montant de ce sous-objectif passerait de un milliard d'euros en 2010 à 1,1 milliard d'euros en 2011, soit une croissance de 5,9 %.

Selon l'annexe 7 précitée, cette croissance est tirée notamment par les dépenses médico-sociales incluses dans ce sous-objectif, dont le rythme est évalué à 5,9 %. Elle résulte aussi de l'augmentation tendancielle des dépenses de soins des Français à l'étranger, estimée à 4,1 %.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 149 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. La loi dite « HPST » a effectivement créé les agences régionales de santé. La logique voudrait donc que l'on aille vers des enveloppes régionales. Pierre Méhaignerie nous avait dit qu'il trouvait l'idée intéressante et qu'il la voterait sans doute.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cet amendement revient chaque année, vous avez le mérite

de la constance. Pierre Méhaignerie n'est certes pas défavorable à la régionalisation, mais nous en restons pour l'instant à la construction d'un objectif national et nous verrons si le temps vous donne raison.

La Commission rejette l'amendement AS 149.

Elle examine les amendements AS 438 et AS 395 de M. Yves Bur et AS 264 de Mme Marisol Touraine.

M. Yves Bur. Il souhaite que l'on éclaire le Parlement à propos de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), crédits limitatifs qui atteignent tout de même 8 milliards d'euros cette année. Une meilleure visibilité entre hôpital public et hôpital privé est nécessaire. Le rapport Briet souligne d'ailleurs la nécessité de mieux gérer ces dotations forfaitaires, indépendantes de l'activité.

Mme Marisol Touraine. Nous réaffirmons régulièrement l'importance du Fonds d'intervention pour la qualité et de la coordination des soins (FIQCS). Or, année après année, nous constatons que l'ONDAM pour les soins de ville diminue, que les missions du fonds ne sont pas clairement définies et qu'il reste des ressources inutilisées. La sous-alimentation du fonds est emblématique de l'absence de politique structurelle en matière d'assurance maladie.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Yves Bur souhaite en fait ajouter un sous-objectif à part entière, ce qui mérite réflexion. Mais, compte tenu de la loi organique, cela relève d'une initiative gouvernementale. Avis défavorable à ces trois amendements.

Les amendements AS 438 et AS 395 sont retirés.

La Commission rejette l'amendement AS 264.

Puis elle adopte l'article 47 sans modification.

Après l'article 47

La Commission en vient à l'amendement AS 45 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Il serait intéressant d'instituer des « rendez-vous pour l'assurance maladie », à l'instar des « rendez-vous pour les retraites », je l'avais déjà proposé l'an dernier.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cette mesure n'est pas d'ordre législatif. L'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale constitue du reste un rendez-vous annuel pour l'assurance maladie. Enfin, vous n'ignorez pas que cela pourrait constituer un débat politique dans le cadre d'une prochaine campagne électorale. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 45.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles

Article 49

(art. 53 de la loi du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001)

Allongement du délai de prescription des actions devant le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

L'article 49 a pour objet de modifier l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 qui a créé le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) afin, d'une part, de modifier le régime de prescription des demandes d'indemnisation adressées au FIVA et, d'autre part, de clarifier une disposition relative à son rôle en cas de reconnaissance d'une faute inexcusable de l'employeur.

1. La loi ne comporte aucune disposition relative à la prescription des demandes d'indemnisation

La mission du FIVA, établissement public national à caractère administratif, est d'assurer la réparation intégrale des préjudices subis par plusieurs catégories de victimes de l'amiante :

– celles qui ont obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité ;

– celles dont la pathologie n'a pas fait l'objet d'une reconnaissance de maladie professionnelle, mais figure sur une liste de maladies valant justification de l'exposition à l'amiante fixée par un arrêté du 5 mai 2002 (maladies dites « spécifiques » : mésothéliomes malins et plaques pleurales) ;

– celles dont la pathologie n'a pas fait l'objet d'une reconnaissance de maladie professionnelle et n'est pas spécifique à l'amiante, mais qui ont subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire de la République française ;

– les ayants droit de ces personnes.

Si la loi détaille les missions et le fonctionnement du FIVA, elle ne comporte aucune disposition sur les règles de prescription applicables aux actions en indemnisation menées par les victimes devant lui.

En l'absence de dispositions législatives spécifiques, il est donc revenu au conseil d'administration du FIVA, qui détient en vertu de l'article 6 du décret du 23 octobre 2001 de larges pouvoirs en matière d'indemnisation, de combler cette

imprécision de la loi et de définir le régime juridique des prescriptions des demandes d'indemnisation adressées au FIVA. Les principes appliqués en matière de prescription reposent ainsi sur les délibérations du conseil d'administration du 17 juin 2003 et du 27 février 2007.

Décision du conseil d'administration du FIVA du 23 février 2007 relative à la prescription

« 1. Toutes les demandes indemnitaires relatives à des dommages en relation avec une exposition à l'amiante dont la consolidation interviendrait postérieurement à la mise en place du barème indicatif du FIVA, fixée au 21 janvier 2003, sont prescrites si elles n'ont pas été formulées dans un délai de quatre ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle la consolidation a été acquise.

2. Aucune prescription ne peut être opposée aux victimes ou ayants droit à l'exception de la prescription quadriennale prescrite par la loi n° 68-1250 du 31 décembre 1968, courant à compter du 21 janvier 2003. S'agissant des dossiers concernant des victimes décédées avant le 21 janvier 2003, ou les situations dans lesquelles la consolidation est intervenue avant cette même date, les demandes d'indemnisation devront être reçues par les services du FIVA au plus tard le 31 décembre 2007.

3. Pour les plaques pleurales, les épaissements pleuraux et l'asbestose, le délai de prescription court à compter de la date du certificat médical initial ou du constat d'aggravation.

Pour les cancers, sans aggravation constatée dans un délai de cinq ans après le certificat médical initial ou du constat d'aggravation, on considèrera qu'il y a eu consolidation.

4. La présente décision se substitue à la décision sur la prescription adoptée par le conseil d'administration du 17 juin 2003 ».

Source : FIVA.

Le conseil d'administration a ainsi explicitement énoncé :

– que la prescription quadriennale des créances publiques s'appliquait aux actions en indemnisation devant le fonds. Cette position est cohérente avec la nature d'établissement public du FIVA et avec l'article 1^{er} de la loi n° 68-1250 du 31 décembre 1968 relative à la prescription des créances sur l'État, les départements, les communes et les établissements publics, qui dispose que *« sont prescrites, au profit de l'État, des départements et des communes, sans préjudice des déchéances particulières édictées par la loi, et sous réserve des dispositions de la présente loi, toutes créances qui n'ont pas été payées dans un délai de quatre ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis. Sont prescrites, dans le même délai et sous la même réserve, les créances sur les établissements publics dotés d'un comptable public ».*

– que le point de départ de la prescription pouvait varier selon les pathologies indemnisées. Alors que la consolidation, c'est-à-dire le *« moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est*

plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente réalisant un préjudice définitif»⁽¹⁾, apparaît de façon générale comme le critère du point de départ de la prescription, le délai de prescription pour les plaques pleurales, les épaissements pleuraux et l'asbestose court à compter du certificat initial ou du constat d'aggravation tandis que le point de départ de la prescription pour les cancers en l'absence de constat d'aggravation était fixé cinq ans après le certificat médical initial.

— que le point de départ de la prescription ne pouvait être fixé avant le 21 janvier 2003, date à laquelle le FIVA avait adopté son barème indicatif d'indemnisation.

Bien qu'ainsi précisé, le régime de la prescription devant le FIVA n'était pas exempt de critiques.

En particulier, le délai de quatre ans pouvait apparaître trop court pour permettre aux victimes de faire valoir utilement leurs droits. D'après les chiffres communiqués par le FIVA, celui-ci a pris des décisions de rejet fondées sur la prescription dans 631 dossiers en 2008 et 2009 et le nombre de prescriptions opposées par le FIVA en 2010 s'élevait à 98 au 30 août 2010. Ainsi, c'est près de 1 000 demandeurs, victimes ou leurs ayants droits, qui n'ont pas pu ces dernières années faire valoir leurs droits en raison d'un dépassement du délai de prescription actuellement en vigueur.

De même, le calcul d'un délai de prescription à partir de points de départ différents selon les pathologies concernés introduisait une différence de traitement, source d'inéquité et de contentieux. D'après les statistiques communiquées par le FIVA, 322 contentieux sont ainsi en cours ou clos sur la question de la prescription au 30 septembre 2010. Plusieurs cours d'appel se sont prononcées sur le point de la prescription, mais leurs décisions ne sont pas homogènes. Sur les 145 arrêts rendus, 81 sont favorables au FIVA et confirment la décision de rejet (dont 49 ont fait l'objet de pourvois en cassation par les victimes) mais 64 sont défavorables au FIVA, sachant que celui-ci a introduit 27 pourvois à titre conservatoire en début d'année 2010.

Ces critiques du régime de la prescription des demandes d'indemnisation adressées au FIVA ont encore été renforcées par certaines évolutions législatives et jurisprudentielles.

2. Des évolutions tant législatives que jurisprudentielles ont renforcé la nécessité de revoir le régime de la prescription

Comme l'a souligné Pierre Sargos, président du conseil d'administration du FIVA et ancien président de la chambre sociale de la Cour de cassation,

(1) Cf. « *L'expertise médicale* », J. Hureau et D. Poitout, Masson 2005 p. 259 ; ou « *Droit du dommage corporel* », Yvonne Lambert-Faivre et Stéphanie Porchy-Simon, 6^e éd. Dalloz 2008 n° 56 à 59 c.

« plusieurs évolutions législatives et jurisprudentielles ont mis en évidence que la consolidation était le seul critère du point de départ de la prescription en matière de dommages à la personne de sorte que la discrimination précitée en ce qui concerne les plaques pleurales, les épaissements pleuraux et l'asbestose ne pouvait être maintenue ».

• *La loi du 17 juin 2008 portant réforme de la prescription en matière civile*

La loi du 17 juin 2008 portant réforme de la prescription en matière civile – dite « loi Hyst » – a posé le principe de la consolidation pour déterminer le point de départ de la prescription extinctive pour toutes les atteintes à la personne. Elle dispose, en effet, que pour toutes les actions en responsabilité résultant d'une atteinte à la personne, la prescription court « à compter de la date de la consolidation du dommage initial ou aggravé ».

Ces règles ont été codifiées à l'article 2226 du code civil ⁽¹⁾ et constituent désormais le droit commun de la réparation des dommages.

Il s'agit de la généralisation du principe défini à l'article L. 1142-28 du code de la santé publique suivant lequel « les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins se prescrivent par dix ans à compter de la consolidation du dommage ».

• *Les avis et arrêts de la Cour de cassation*

Par un avis ⁽²⁾ et deux arrêts ⁽³⁾, la Cour de cassation a remis en cause certaines pratiques du FIVA et soulevé certaines difficultés.

L'avis du 18 janvier 2010 indique, en premier lieu, que la prescription quadriennale prévue par l'article 1^{er} de la loi du 31 décembre 1968, et non pas la prescription décennale des atteintes à la personne prévue par l'article 2226 du code civil, s'applique au FIVA, confirmant ainsi le principe retenu par le conseil d'administration de celui-ci.

En revanche, il indique que le délai de prescription « ne peut commencer à courir tant que la consolidation du dommage n'a pas été constatée ». Seule la constatation de la consolidation du dommage consécutif à la maladie due à l'amiante fait ainsi, d'après la Cour de cassation, courir le délai de la prescription, ce qui remet en cause plusieurs pratiques du FIVA et soulève en outre certaines interrogations dans la mesure où la notion de consolidation, exceptée la

(1) « L'action en responsabilité née à raison d'un événement ayant entraîné un dommage corporel, engagée par la victime directe ou indirecte des préjudices qui en résultent, se prescrit par dix ans à compter de la date de la consolidation du dommage initial ou aggravé ».

(2) Avis de la Cour de cassation du 18 janvier 2010 sur la prescription des demandes d'indemnisation adressées au FIVA.

(3) N° 0913372 et 0913373 rendus le 3 juin 2010.

« consolidation » définitive qu'est la mort, peut apparaître peu adaptée à des maladies évolutives, comme certaines de celles liées à l'amiante.

Par ailleurs, l'avis de la Cour de cassation retient que le point de départ de la prescription ne pouvait être fixé avant la date d'entrée en vigueur du décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 fixant les modalités d'application de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001. La question de savoir si cet avis remettait en cause le choix de la date retenu par le FIVA pouvait donc se poser, puisque celui-ci avait choisi la date plus tardive du 21 janvier 2003.

Les arrêts rendus le 3 juin 2010 par la deuxième chambre civile de la Cour de cassation ont confirmé les orientations de l'avis du 18 janvier 2010 en décidant que le délai de prescription ne peut commencer à courir tant que la consolidation du dommage n'a pas été constatée. La délibération du conseil d'administration du FIVA concernant le point de départ de la prescription pour les plaques pleurales, épaississements pleuraux et l'asbestose était donc clairement condamnée.

En décidant que seule la consolidation devait être retenue comme point de départ du cours de la prescription pour toutes les victimes de l'amiante quelle que soit leur pathologie, les arrêts de la Cour de cassation s'inscrivaient dans le cadre du principe unificateur de la consolidation comme point de départ de la prescription extinctive pour toutes les atteintes à la personne posé par la « loi Hyst » et pouvaient également, en première analyse, se réclamer d'un souci d'égalité devant la loi de toutes les victimes de l'amiante.

Toutefois, les arrêts de la Cour de cassation ont soulevé un certain nombre de difficultés susceptibles de conduire en particulier le FIVA à traiter de façon inéquitable les victimes de maladies professionnelles et les victimes environnementales dans la mesure où le document retenu pour constater la consolidation ne pourra pas être le même. En effet, pour les victimes reconnues en maladies professionnelles, la constatation de la consolidation pourra être réalisée par la caisse de sécurité sociale, tandis que pour les victimes environnementales, elle devra être réalisée par un médecin du FIVA. Dans ce dernier cas, la constatation de la consolidation par le FIVA, dans le cadre de la commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante qui se prononce sur le lien entre la pathologie et une éventuelle exposition en France, interviendra nécessairement après le dépôt de la demande de la victime environnementale, ce qui aurait pour conséquence de rendre leur demande imprescriptible dans les faits.

Devant ces difficultés, une concertation a été menée au cours des mois de juillet et août 2010 avec les partenaires sociaux et les associations de victimes, afin de définir des règles de prescription propres au FIVA qui soient plus lisibles et surtout plus équitables pour toutes les victimes, qu'elles le soient au titre d'une exposition à l'amiante d'origine professionnelle ou environnementale.

3. Le projet de loi modifie le régime spécifique de prescription dans un sens favorable aux victimes de l'amiante

Le **I** de l'article 49 a pour objet de modifier l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, afin d'ajouter un nouveau paragraphe **III bis** visant à modifier le régime de prescription des demandes d'indemnisation adressées au FIVA.

● *Durée de la prescription*

Conformément au vœu de la majorité des organisations syndicales et des associations de victimes, le premier alinéa du nouveau paragraphe retient désormais une durée de prescription de dix ans à compter de la date du premier certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante, au lieu des quatre ans existant actuellement, s'alignant ainsi sur les règles définies par la « loi Hyst » (*cf. supra*).

Ce nouveau délai de dix ans présente l'intérêt de permettre aux éventuels recours déposés directement devant les juridictions par les victimes, qu'il s'agisse de recours devant les tribunaux des affaires sociales en matière de faute inexcusable ou de reconnaissance de maladies professionnelles, d'aboutir dans un délai de dix ans, alors même que la Cour de cassation s'était prononcée contre le caractère interruptif de ces recours, ce qui n'était évidemment pas en faveur des victimes.

Dès lors, il est à prévoir que le FIVA va devoir faire face à un nombre de demandes supplémentaires, mais sa nouvelle organisation et la mise en place d'un nouveau système d'information devrait lui permettre d'y faire face dans de bonnes conditions.

● *Point de départ de la prescription*

Comme le faisait remarquer M. Pierre Sargos dans un commentaire⁽¹⁾ paru dans la revue *Semaine sociale*, « *en droit de la prescription, la question capitale est moins la durée de celle-ci que son point de départ* ».

Cette question du point de départ de la prescription est réglée par le **1°** et le **2°** du nouveau paragraphe **III bis**.

S'agissant du principe général, la règle est que le point de départ de la prescription est la date du premier certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante. Les règles relatives au point de départ de la prescription sont toutefois explicitées.

Le **1°** dispose que le délai de prescription pour l'indemnisation des préjudices mentionnés au **I** de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, c'est-à-dire affectant les personnes ayant obtenu la

(1) *Semaine sociale Lamy* 15 juillet 2008, n° 1361-1362, p. 3.

reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante, les personnes qui ont subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante ou les ayants droit de ces personnes ⁽¹⁾, résultant de l'aggravation d'une maladie dont un certificat a déjà établi le lien avec l'exposition à l'amiante, ne court que de la date du premier certificat médical constatant cette aggravation.

Le 2° dispose que le délai de prescription pour l'indemnisation des ayants droit d'une personne décédée, quand son décès est lié à l'exposition à l'amiante, ne court que de la date du premier certificat médical établissant le lien entre le décès et cette exposition.

Ainsi, le délai de prescription est désormais calculé à partir d'un point de départ identique pour toutes les victimes : date du certificat médical établissant le lien entre l'exposition à l'amiante et la maladie.

Le fait de fixer le point de départ de la prescription antérieurement à la date de la consolidation offre l'avantage de permettre que la victime puisse être indemnisée de son vivant, sachant que dans le cas de maladies évolutives comme celles propres à l'amiante, la consolidation est bien souvent le décès de la victime.

• *Délai supplémentaire pour les personnes dont le dossier a été rejeté pour prescription*

Le II de l'article 49 dispose que le nouveau délai de prescription de dix ans s'applique immédiatement aux dossiers en cours. Il précise néanmoins que les certificats médicaux établis avant le 1^{er} janvier 2004 seront réputés l'avoir été à cette date, ce qui est favorable aux victimes.

Par ailleurs, le II prévoit également un délai supplémentaire pour les personnes dont les dossiers ont déjà été rejetés avant l'entrée en vigueur de la présente loi. En effet, les auteurs d'une demande d'indemnisation, ou leurs ayants droit, pourront, jusqu'au 1^{er} janvier 2014, demander au FIVA de se prononcer à nouveau sur leur demande d'indemnisation.

Pour ce faire, ceux-ci devront néanmoins se désister de leur action en cours à l'encontre de la décision de rejet.

Ce nouveau délai permettra utilement aux victimes, qui n'auraient pas fait valoir leurs droits dans le délai actuel de prescription, de déposer une demande ou une nouvelle demande.

(1) *Lorsqu'une victime décède, ses héritiers peuvent être indemnisés au titre de leurs préjudices personnels, mais aussi au titre de l'action successorale : si la victime n'a pas déjà été indemnisée de ses préjudices de son vivant, les sommes qui auraient dues être versées en réparation des préjudices causés par sa maladie sont versées à ses héritiers.*

• *Obligation d'information*

Dans un souci de bonne information des bénéficiaires potentiels des nouvelles règles de prescription des demandes d'indemnisation adressées au FIVA, le dernier alinéa du **II** de l'article 49 dispose que le fonds informe les auteurs des demandes d'indemnisation des droits dont ils bénéficient en application de la présente loi.

M. Pierre Sargos, président du conseil d'administration du FIVA, a indiqué, lors de son audition, qu'une information serait effectivement faite dans les meilleurs délais sur le site du FIVA et dans tous ses éléments de communication aux victimes et aux associations de victimes.

4. Le projet de loi clarifie également le rôle du FIVA en cas de reconnaissance d'une faute inexcusable de l'employeur

Le 2° et le 3° du **I** de l'article 49 modifient le deuxième alinéa du **IV** et complètent le **VI** de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, afin de clarifier une disposition prévoyant l'intervention du FIVA dans le cadre d'une action subrogatoire en cas de faute inexcusable de l'employeur.

Il convient de rappeler que le FIVA peut être amené à exercer des actions subrogatoires dans trois cas de figure :

– dans le cas de fonctionnaires, le FIVA peut demander le remboursement des sommes qu'il a versées en réparation des préjudices personnels aux administrations ayant reconnu l'imputabilité de la maladie au service, en application de la jurisprudence « Moya Caville » du Conseil d'État ⁽¹⁾ ;

– dans le cas des victimes exposées dans un cadre environnemental, le FIVA peut également exercer des actions en reconnaissance de la responsabilité civile, sur la base des articles 1382 et 1384 du code civil ; ces actions sont engagées à l'encontre d'entreprises ayant contaminé des personnes appartenant à la famille d'un salarié ou habitant dans le voisinage par exemple.

Dans ces deux premiers cas, le recours subrogatoire du FIVA présente le caractère classique d'une récupération auprès de l'employeur ou de l'entreprise responsables.

Le recours subrogatoire du FIVA peut également acquérir une dimension de complément indemnitaire dans un troisième cas.

(1) L'arrêt du Conseil d'État « Moya Caville » du 4 juillet 2003 permet aux victimes d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle relevant du régime dit des pensions (fonctionnaires) d'obtenir une indemnisation complémentaire (réparation des préjudices personnels : physique, moral, esthétique et d'agrément). C'est sur la base de cet arrêt que le FIVA a la possibilité de recouvrer auprès des employeurs les sommes qu'il a versées aux victimes (ou à leurs ayants droit) lorsqu'il s'agit de fonctionnaires.

Le FIVA peut, en effet, également exercer des actions en recherche de la faute inexcusable de l'employeur, lorsque la victime relève d'un régime de sécurité sociale prévoyant une indemnisation complémentaire de la maladie professionnelle lorsqu'une telle faute est reconnue. C'est le cas des assurés du régime général (85 % des victimes de l'amiante) et des salariés d'entreprises comme la SNCF, la RATP, EDF, GDF, ou encore des ouvriers d'État du ministère de la défense.

Ce dernier cas de figure mérite quelques explications. En effet, en toute logique – et si l'on fait abstraction des différences d'appréciation entre les tribunaux et le FIVA sur l'évaluation du montant de chacun des préjudices en cause –, le doublement de la rente prévu dans le cas de la reconnaissance de la faute inexcusable ne devrait pas aboutir à un niveau de réparation supérieur à celui issu de l'application du principe de la réparation intégrale.

En effet, la liste des préjudices indemnissables dans le cadre de la faute inexcusable de l'employeur – souffrances physiques et morales, préjudices esthétiques et d'agrément, perte ou limitation des possibilités de promotion professionnelle –, est limitative. Elle ne couvre pas, malgré l'interprétation extensive qu'en fait la jurisprudence, l'ensemble des préjudices indemnissables en droit commun de la réparation, qu'il s'agisse par exemple, comme le rappelle la Cour des comptes⁽¹⁾ : « *du préjudice professionnel au-delà de la seule diminution des possibilités de promotion personnelle, des frais d'aménagement du local d'habitation ou du véhicule, de l'assistance par une tierce personne, du préjudice par ricochet concernant des personnes qui ne sont pas des ayants droit au sens du code de la sécurité sociale mais qui le seraient au sens du droit commun* ».

Pourtant, il existe des situations dans lesquelles l'indemnisation dans le cadre de la reconnaissance d'une faute inexcusable est supérieure à celle qui serait obtenue directement auprès du FIVA.

Le premier cas où l'indemnisation du FIVA est moins favorable que celle obtenue devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale concerne les plaques pleurales avec une incapacité permanente partielle de 5 % et s'expliquerait, en partie, par la possibilité d'obtenir ultérieurement devant le FIVA une indemnisation complémentaire en cas d'aggravation, ce qui n'est pas possible devant les tribunaux. Comme l'indique le FIVA⁽²⁾ « *Les juridictions de sécurité sociale sont tenues dans un cadre juridique beaucoup plus strict que le FIVA dans leur approche indemnitaire. En effet, alors que les textes ayant créé le fonds ont explicitement prévu la possibilité pour une victime présentant une aggravation de ses préjudices, de présenter un nouveau dossier (art. 53-IV de la loi du 23 décembre 2000), le juge ayant à apprécier les conséquences indemnitaires découlant de la caractérisation d'une faute inexcusable de l'employeur a parfois*

(1) Rapport d'information n° 301, « Amiante quelle indemnisation pour les victimes ».

(2) 4ème rapport d'activité du FIVA au Parlement et au gouvernement, juin 2004/mai 2005.

tendance à anticiper ce qu'on pourrait appeler une « aggravation statistique » des préjudices des victimes de l'amiante ».

Par ailleurs, il existe un deuxième cas où la majoration de la rente accordée en cas de reconnaissance de la faute inexcusable peut être plus favorable que la réparation intégrale du FIVA, lorsqu'une victime dont l'incapacité permanente partielle est supérieure à 9 % décède. Dans ce cas, le conjoint survivant bénéficie normalement d'une rente égale à 40 % du salaire de la victime si ce conjoint a moins de 50 ans et de 60 % au-delà de cet âge. Mais, la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur permet de porter la rente à 100 % du salaire de la victime. Comme le soulignent la Cour des comptes et le FIVA, il s'agit alors « *d'une disposition plus favorable que la réparation intégrale qui n'indemnise que le seul préjudice économique du conjoint survivant (en réparation intégrale, l'indemnisation vise à ce que le revenu après décès soit au moins égal au revenu avant décès moins la part de consommation de la victime décédée)* ». On peut alors parler en quelque sorte d'une réparation « super intégrale ».

L'indemnisation issue de la majoration de rente dans le cadre de la reconnaissance de la faute inexcusable étant ainsi parfois supérieure à la réparation intégrale, il est dans l'intérêt des victimes que la faute inexcusable soit recherchée et reconnue dans ces cas. C'est pourquoi un amendement parlementaire a introduit dans la loi ⁽¹⁾ l'obligation pour le FIVA d'agir en justice dans le cadre d'un recours subrogatoire pour rechercher la faute inexcusable de l'employeur dans tous les cas où l'indemnisation par le FIVA, selon le principe de la réparation intégrale, est moins favorable que celle que la victime aurait obtenue si elle avait acquis la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur directement devant un tribunal.

C'est ainsi que le deuxième alinéa du IV de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 dispose qu'une offre est présentée « *si une indemnisation complémentaire est susceptible d'être accordée dans le cadre d'une procédure pour faute inexcusable de l'employeur* ».

En 2008, le service contentieux du FIVA a ainsi engagé 600 recours subrogatoires au titre de la faute inexcusable de l'employeur (516 recours judiciaires, 68 recours amiables et 16 tentatives de conciliation) et a obtenu 399 décisions relatives à la faute inexcusable de l'employeur, sachant que les demandes de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur sont accueillies favorablement dans 85 % des recours (soit 341 décisions sur 399).

Pour autant, la rédaction actuelle de la loi n'est pas pleinement satisfaisante, dans la mesure où elle ne précise pas suffisamment que l'indemnisation complémentaire que peut accorder le FIVA en cas de reconnaissance de la faute inexcusable ne trouve à s'appliquer que lorsque l'action

(1) Article 53.IV.2 de la loi du 23 décembre 2000.

en faute inexcusable de l'employeur qui y est mentionnée est celle à laquelle le FIVA est partie.

C'est pourquoi le 2° du **I** du présent article supprime le deuxième alinéa du IV de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et le 3° du **I** complète le VI de l'article 53, afin de préciser, de façon plus explicite, que « *la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, à l'occasion de l'action à laquelle le fonds est partie, ouvre droit à la majoration des indemnités versées à la victime ou à ses ayants droit en application de la législation de sécurité sociale. L'indemnisation à la charge du fonds est alors révisée en conséquence* ».

La clarification des règles de prescription des actions en indemnisation et d'intervention du FIVA dans les actions subrogatoires est de nature à assurer une plus grande transparence et une sécurité accrue des décisions du fonds.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 189 de M. Guy Lefrand.

M. Guy Lefrand. L'article 49 contient une évolution intéressante, avec la proposition d'instituer une prescription décennale. Mais il convient, comme pour toutes les autres mesures relatives à l'amiante, de se référer à la « *date de la consolidation de la maladie* », notion clairement définie, à l'inverse de la « *date du premier certificat médical* », comme l'a régulièrement rappelé la Cour de cassation.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La date du premier certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante est claire. Le délai de prescription est désormais calculé à partir d'un point de départ identique pour toutes les victimes, ce qui constitue un facteur d'équité. La notion de consolidation, au contraire, pose problème pour certaines victimes, la consolidation définitive étant malheureusement le décès. Je sais que vous préconisez cette mesure dans votre rapport d'information, mais je donne un avis défavorable dans l'immédiat et je recommande qu'un débat soit ouvert avec le ministre.

La Commission rejette l'amendement AS 189.

Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS 431 du rapporteur.

La Commission adopte l'article 49 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 49

Définition des bénéficiaires du Fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante

La Commission examine l'amendement AS 188 de M. Guy Lefrand.

M. Guy Lefrand. Le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) permet d'accorder une période de retraite plus longue à certains salariés, à l'espérance de vie potentiellement réduite. Je propose que le système de liste d'établissements en vigueur pour l'attribution des dérogations soit remplacé par un système combinant une liste de secteurs d'activité et une liste de métiers à risque. C'est une demande ancienne de l'ensemble des victimes de l'amiante et de leurs associations, mais aussi des professionnels des secteurs concernés.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Voilà encore une question difficile. À la suite du rapport de notre ancien collègue Jean Le Garrec, nous avons demandé les résultats du travail accompli par l'inspection générale des affaires sociales et l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET), mais je crois qu'ils ne nous ont toujours pas été remis. Nous ne disposons pas non plus du rapport sur la faisabilité d'une voie d'accès individuelle. Nous devons aussi, avant le 30 septembre 2010, être destinataires d'un rapport au titre de l'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. La difficulté consiste à procéder à une réforme sans documents de référence, même si votre rapport d'information est utile. Là encore, vous devriez ouvrir le débat avec le ministre ; en attendant, je ne puis qu'émettre un avis défavorable.

La Commission adopte l'amendement AS 188.

Article 50

(art. L. 751-21 et L. 751-49 du code rural et de la pêche maritime)

Dispositions d'incitations financières en matière de tarification des accidents du travail dans le secteur agricole

L'article 50 a pour objet de modifier le code rural et de la pêche maritime afin d'étendre au régime agricole les dispositifs d'incitations financières à s'engager dans une démarche de prévention des accidents du travail qui ont été introduits, pour les entreprises du régime général, par l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Les deux mesures proposées par le projet de loi ont fait l'objet d'une concertation avec les partenaires sociaux agricoles signataires de l'accord national sur les conditions de travail en agriculture du 23 décembre 2008, qui ont souhaité encadrer au niveau national les conditions d'éligibilité des entreprises aux dispositifs d'incitations financières et en simplifier l'accès.

Elles s'inscrivent dans la poursuite des efforts engagés à partir de 1997 par le régime agricole de la sécurité sociale, géré à l'échelon départemental par les caisses de mutualité sociale agricole et au niveau national par la caisse central de la mutualité sociale agricole, pour la prévention des risques professionnels

1. L'amélioration de l'efficacité des cotisations supplémentaires

Il dispose, en outre, que les caisses de mutualité sociale agricole 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 individuelles ou collectives de prévention édictées par les caisses.

Les conditions dans lesquelles ces cotisations supplémentaires peuvent être imposées sont aujourd'hui fixées par l'arrêté du ministre de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation du 15 juillet 1974 ⁽¹⁾ relatif à l'attribution de ristournes sur cotisations ou à l'imposition de cotisations supplémentaires en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles des salariés agricoles.

L'article L. 751-21 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 de mutualité sociale agricole nécessite l'envoi préalable d'une injonction l'invitant à prendre toutes les mesures justifiées de prévention.

Il dispose, en outre, que la procédure d'injonction n'est toutefois 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 de prévention ayant fait l'objet d'un arrêté d'extension du ministre chargé de l'agriculture et les mesures particulières de prévention rendues obligatoires par arrêté du ministre chargé de l'agriculture pour tous les employeurs d'un secteur professionnel déterminé, à moins que ces arrêtés n'en aient disposé autrement* » ;

– 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 d'une cotisation supplémentaire.

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 l'article L. 751-21 du code rural et de la pêche maritime, qui prévoit ses conditions de mise en œuvre.

(1) Modifié à plusieurs reprises.

● *Nouveau cas de dispense d'injonction préalable en cas d'imposition d'une cotisation supplémentaire*

Le 1^o du I de l'article 50 introduit un nouveau cas de dispense d'injonction préalable en cas d'imposition de cotisation supplémentaire.

Comme indiqué ci-dessus, l'article L. 751-21 du code rural et de la pêche maritime dispose que l'imposition d'une cotisation supplémentaire par les caisses de mutualité sociale agricole nécessite, sauf dans deux cas, l'envoi préalable d'une injonction devant indiquer les mesures de prévention à exécuter, le délai pour les réaliser et les voies et délais de recours.

Afin de renforcer l'efficacité du dispositif, le 1^o du I de l'article 50 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 pour des situations particulièrement graves de risque exceptionnel. Il convient de souligner que, contrairement à ce que tend à indiquer l'exposé des motifs, il ne sera pas possible d'imposer une cotisation supplémentaire sans recourir à la procédure de l'injonction lorsqu'une première injonction aura déjà été adressée à un autre établissement appartenant à la même entreprise pour des situations particulièrement graves de risques exceptionnels, ce qui restreint quelque peu la portée de la disposition.

Ces situations de risque exceptionnel seront définies par arrêté, l'exposé des motifs précisant que celui-ci sera « *soumis à l'avis du conseil d'orientation des conditions de travail ainsi qu'à celui du conseil d'administration de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole* ».

Le Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) est une instance nationale de concertation entre partenaires sociaux et pouvoirs publics, qui a succédé au Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels et dont le décret du 25 novembre 2008 a précisé les missions et l'organisation. Placé auprès du ministre chargé du travail, cette instance participe ainsi « *à l'élaboration de la politique nationale en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, ainsi que d'amélioration des conditions de travail* ». Elle est consultée sur les projets de lois et textes réglementaires en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, ainsi que sur les projets d'accords internationaux. Le conseil formule également des recommandations et des propositions d'orientation en matière de conditions de travail. Il est assisté d'un observatoire de la pénibilité chargé d'apprécier la nature des activités pénibles dans les secteurs public et privé.

● *Fixation d'un montant minimal pour les cotisations supplémentaires*

Le 2^o du I de l'article 50 complète le sixième alinéa de l'article L. 751-21, 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 les cotisations supplémentaires peuvent être imposées sont aujourd'hui fixées par l'arrêté du 15 juillet 1974, qui ne prévoit pas de montant plancher pour la cotisation supplémentaire. La modification proposée par le 2° du I 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. 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 ainsi contribuer à accroître l'efficacité des mesures de prévention, l'objectif étant d'augmenter sensiblement le pourcentage des cas dans lesquels l'injonction est suivie d'une mise en œuvre.

2. L'octroi d'aides financières simplifiés

Le II de l'article 50 vise à compléter l'article L. 751-49 du code rural et de la pêche maritime afin de donner, à côté des avances qui peuvent déjà être accordées par les caisses de mutualité sociale agricole aux employeurs qui souscrivent aux conditions d'une convention d'objectifs, une base légale à l'octroi par ces caisses d'aides financières simplifiées sous forme de subventions directes.

• Les avances dans le cadre des conventions d'objectifs de prévention

L'article L. 751-49 du code rural et de la pêche maritime offre déjà la possibilité aux caisses de mutualité sociale agricole d'accorder des avances aux employeurs qui souscrivent aux conditions d'une convention d'objectifs préalablement approuvée par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole et fixant les priorités de prévention spécifiques à leur branche d'activité.

Les conventions d'objectifs ont pour finalité d'inciter les entreprises à la prévention des accidents du travail et de financer des actions d'amélioration des conditions de travail. Elles s'organisent en deux niveaux :

– une convention de branche

Une convention nationale d'objectifs, signée entre une branche d'activité et la caisse centrale de mutualité sociale agricole, fixe les priorités retenues par ses signataires dans la connaissance et la définition des risques professionnels, pouvant faire l'objet d'un accompagnement auprès des entreprises et tendant à améliorer la prévention et la sécurité au travail. Elle fixe un programme d'actions pluriannuelles de prévention spécifique à la branche concernée, en conformité avec les orientations nationales relatives à la prévention des risques professionnels.

– un contrat d'objectifs pour l'entreprise

La convention nationale d'objectifs se réalise ensuite par des contrats d'objectifs auxquels adhère chaque entreprise intéressée de la branche d'activité. Le contrat d'objectifs est signé par le chef d'entreprise concerné et la caisse départementale ou pluri-départementale de la mutualité sociale agricole. Ce contrat précise le programme d'actions à mettre en œuvre, les modalités de son fonctionnement et de contrôle de sa réalisation, ainsi que les conditions dans lesquelles l'avance financière peut demeurer acquise à l'entreprise contractante.

Comme le souligne l'article 10 de l'accord collectif national du 23 décembre 2008 relatif aux conditions de travail en agriculture, *« ce dispositif permet d'accorder, dans la limite des crédits disponibles, à toute entreprise relevant de la branche souscrivant à la convention d'objectifs par un contrat personnalisé, dénommé contrat de prévention, des avances lui demeurant acquises si les objectifs propres définis au contrat sont atteints et les résultats obtenus. Dans le cas contraire, ces avances sont remboursées dans les conditions prévues au contrat »*.

L'objectif de ces contrats est d'aider les entreprises à investir dans la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail.

D'après le dernier rapport d'activité de la Mutualité sociale agricole, 83 contrats de prévention ont été signés en 2009 avec les entreprises de dix filières agricoles.

Toutefois, les avances dans le cadre des conventions d'objectifs de prévention et des contrats de prévention sont un dispositif dont la lourdeur peut être critiquée et qui est peu adapté pour les très petites entreprises.

Face à ces critiques, les partenaires sociaux ont souligné, dans l'article 10 de l'accord collectif national du 23 décembre 2008 précité, la nécessité d'engager *« une réflexion, en lien avec les services de prévention de la caisse centrale de la MSA et le ministère de l'agriculture, sur une démarche adaptée aux petites entreprises pour simplifier et développer l'accès aux contrats de prévention pour les petites entreprises »*.

En réponse aux orientations exprimées par les partenaires sociaux dans cet accord collectif national, les partenaires sociaux ont décidé la mise en place d'une phase expérimentale d'aides financières simplifiées, dès le début du second trimestre 2010, sur la base de l'article R. 751-155 du code rural et de la pêche maritime, qui permet notamment à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole d'*« apporter, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de l'agriculture, une aide à des exploitations ou entreprises agricoles en vue de réaliser, à titre d'expérience, certaines mesures de protection et de prévention »*.

La Mutualité sociale agricole, après avis des partenaires sociaux et filières concernées, envisage ainsi une expérimentation, applicable aux très petites entreprises de moins de 10 personnes, plafonnée à 3 000 € par entreprise, ciblée sur des actions précises et applicable dans un quart des départements français, avant une généralisation en septembre 2011.

- *La création d'aides financières simplifiées sous forme de subventions*

Le **II** de l'article 50 vise à donner une base législative à l'octroi par les caisses de la mutualité sociale agricole d'aides financières simplifiées, sous forme de subventions directes aux entreprises dans le cadre d'enveloppes limitatives.

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 **II** complète ainsi l'article L. 751-49 du code rural et de la pêche maritime relatif aux avances, pour y ajouter un alinéa relatif aux subventions.

Les entreprises, qui seront éligibles aux programmes nationaux de prévention définis par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, pourront se voir accorder des subventions par une caisse locale, dans des conditions qui seront précisées par arrêté. Ces programmes nationaux sont définis après avis des comités techniques nationaux. Il convient de souligner qu'à la différence du dispositif d'aides financières en faveur des entreprises du régime général mis en place par l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, dont l'article 49 s'inspire pourtant largement, le dispositif retenu pour le régime agricole consacre le rôle exclusif du niveau national.

Le rôle de ces comités techniques nationaux est essentiel en matière de prévention.

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.

Par ailleurs, afin de mieux sensibiliser et associer les instances de l'entreprise aux actions de prévention, il est prévu qu'il ne sera pas possible d'accorder une subvention à une entreprise, si le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, ou à défaut, les délégués du personnel n'ont pas été informés des mesures de prévention préalablement à leur mise en œuvre.

Article R751-156 du code rural et de la pêche maritime

« La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole est assistée par des comités nationaux compétents pour les différents secteurs d'activités agricoles et composés paritairement de représentants des organisations professionnelles d'employeurs et de salariés agricoles, avec la participation, à titre consultatif, de deux représentants de la direction générale de la forêt et des affaires rurales au ministère de l'agriculture et de deux représentants de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

Ces comités techniques nationaux sont consultés sur toutes les questions relatives à la mise en œuvre de la prévention dans les secteurs professionnels relevant de leur compétence. Ils peuvent, également, de leur propre initiative, suggérer toute mesure qui leur paraîtrait opportune, sur le plan national, dans le cadre de cette compétence.

Pour l'examen des problèmes de prévention de portée générale, une formation commune à l'ensemble des comités techniques peut être consultée. Cette formation est composée de représentants élus par chacun des comités techniques nationaux concernés, à raison de deux par comité, l'un étant élu par ses membres salariés, l'autre par ses membres employeurs. Des membres suppléants sont élus dans les mêmes conditions. Le ministre chargé de l'agriculture et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole sont représentés aux réunions de la formation selon les mêmes modalités qu'auprès des comités techniques nationaux.

Le nombre de comités techniques nationaux, les secteurs professionnels relevant de leur compétence, ainsi que leur composition sont fixés et révisés périodiquement par arrêté du ministre chargé de l'agriculture.

Les conditions de fonctionnement de ces comités sont également fixées par arrêté du ministre chargé de l'agriculture ».

*

La Commission adopte l'article 50 sans modification.

Article 51

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 2011 le montant du reversement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles 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, de l'information des praticiens sur les pathologies ou de déclaration d'accident du travail en mode EDI (échange de données informatisé).

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
	2010	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 des actions de formation des professionnels et d'information des salariés.

Ces recommandations concernent principalement :

– 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.

S’inspirant des recommandations du rapport précité de juillet 2008, 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 de 410 à 710 millions d’euros et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a maintenu ce montant.

Dans l'attente du rapport de la prochaine commission qui sera remis en 2011 et en l'absence d'éléments nouveaux, le Gouvernement a décidé de reconduire, en 2011, le montant du versement à 710 millions d'euros.

*

La Commission adopte l'article 51 sans modification.

Après l'article 51

La Commission examine l'amendement AS 266, de Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. La sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) représente un manque à gagner pour la branche assurance maladie. Il nous paraît nécessaire de procéder à des évaluations plus régulières que celles qui sont actuellement prévues. C'est la raison pour laquelle nous proposons que la commission chargée d'évaluer le coût réel pour la branche famille de la sous-déclaration et le montant du versement à effectuer à l'assurance maladie se réunisse tous les deux ans, et non plus tous les trois ans.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable : les dernières évaluations ont eu lieu en 1997, 1999, 2002, 2005 et 2008, et les rapports qui ont été rédigés sont d'une grande qualité. Cette périodicité doit être conservée.

La Commission rejette l'amendement AS 266.

Article 52

Contribution au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Cet article porte, pour l'année 2011, 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 340 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

Le I du présent article fixe pour 2011 la contribution de la branche AT-MP 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. Le rapport annuel 2009 retraçant l'activité du fonds et formulant toutes les observations relatives à son fonctionnement, transmis au Parlement et au Gouvernement par le conseil de surveillance du FCAATA, propose ainsi un bilan rétrospectif des dix ans d'existence du fonds.

La vocation du FCAATA 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. Il s'agit d'un dispositif propre à la France qui, s'ajoutant au dispositif du FIVA (*cf. infra*), témoigne de l'importance que les pouvoirs publics français ont attaché à la réparation des dommages subis par les victimes de 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) ; la liste 1 représente 50 % des allocations brutes servies en 2009, pour un montant de 320 millions d'euros ;

– 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) ; la liste 2 représente 35 % des allocations brutes servies en 2009, pour un montant de 222 millions d'euros ;

– 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), sachant toutefois que moins de dix salariés agricoles reconnus atteints d'une maladie professionnelle liée à l'amiante ont été pris en charge à ce titre

depuis 2003 ; la part correspondant aux maladies professionnelles représente 15 % des allocations brutes servies en 2009, pour un montant de près de 99 millions d'euros.

En dix ans, la ventilation entre les différentes catégories de salariés a sensiblement évolué, avec une croissance des allocations dues au titre des maladies professionnelles, due à l'élargissement de la liste aux plaques pleurales, au détriment des activités portuaires.

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 à 0,31 % depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Lors de son audition, Mme Lévy-Rosenwald, Présidente du conseil de surveillance du FCAATA, a souligné que l'allocation a été financée de façon croissante par la branche AT-MP, tandis que la contribution de l'État restait stable, soulignant ainsi une réelle divergence dans les efforts contributifs. Elle rejoignait ainsi une des conclusions du rapport présenté par M. Guy Lefrand sur la prise en charge des victimes de l'amiante (novembre 2009), dont la proposition 8 suggérait d'augmenter les droits de consommation sur les tabacs affectés au FCAATA.

– 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 comptes du FCAATA

en millions d'euros

	2007	2008	%	2009	%	2010 (p)	%	2011 (p)	%
CHARGES	918	929	1,2	926	-0,2	915	-1,2	898	-1,9
Charges gérées par la CNAM AT-MP	795	806	1,4	804	-0,3	796	-1,0	781	-1,9
ACAATA brute (yc cotisations maladie, CSG et CRDS)	638	647	1,4	645	-0,3	639	-1,0	627	-1,9
Prise en charge de cotisations d'assurance volontaire vieillesse	144	146	1,8	146	-0,5	144	-1,1	141	-1,9
Charges de gestion des CRAM	13	13	1,2	13	-0,9	13	-0,6	13	-1,9
Charges gérées par la CDC	123	122	-0,7	123	0,2	120	-2,3	118	-1,9
Prise en charge de cotisations de retraite complémentaire	122	121	-0,7	120	-0,8	120	0,0	117	-1,9
IREC (AGIRC + ARRCO)	100	99	-1,0	98	-0,4	98	-0,2	96	-1,9
IRCANTEC	1	1	12,1	1	-10,8	1	3,3	1	-1,9
Retraite complémentaire à 60 ans (ASF + AGSS)	21	21	0,2	21	-2,6	21	0,9	20	-1,9
Charges de gestion CDC (yc dotation aux provisions)	2	2	-2,6	3	75,5	0	-96,6	0	0,0
Charges financières CDC	0	0	—	0	—	0	—	0	—
PRODUITS	862	916	6,3	915	-0,1	911	-0,4	911	0,0
Contribution de la CNAM AT-MP	800	850	6,3	880	3,5	880	0,0	880	0,0
Contribution du régime AT-MP des salariés agricoles	0	0	—	0,3	—	0	—	0	—
Contribution de l'État	0	0	—	0	—	0	—	0	—
Droits sur les tabacs (centralisés par la CDC)	29	30	3,1	31	2,7	31	0,0	31	0,0
Produits financiers CDC	0	1	46,7	0	-66,6	0	0,0	0	0,0
Contribution employeurs	33	35	8,6	3	-90,4	0	—	0	—
Résultat net	-56	-12		-11		-4		13	
Résultat cumulé depuis 2000	-260	-272		-284		-288		-275	

Source : Direction de la sécurité sociale.

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.

Comme le souligne le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2011, on observe un ralentissement des charges du fonds qui traduit la fin de la montée en charge du dispositif. Depuis la création du FCAATA, ses dépenses ont diminué de façon continue et se sont stabilisées en 2009. 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 (- 10 % en 2009, après une diminution moyenne de -5 % sur la période 2003-2008) et inversement, les sorties du dispositif pour départ à la retraite excèdent le nombre des entrées. En conséquence, la population d’allocataires s’est stabilisée en 2008, puis a reculé de près de 2 % en 2009.

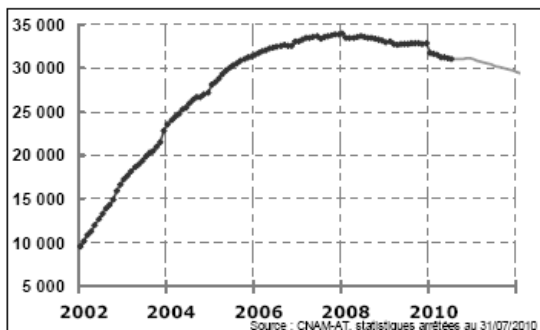
Le nombre d’allocataires présents dans le dispositif a ainsi évolué comme suit :

Nombre d’allocataires 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 %
2009	32 850	- 1.12 %

Source : Rapport FCAATA 2009.

Nombre de bénéficiaires en fin de mois



Source : Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale, septembre 2010.

La dynamique des recettes du fonds s'explique principalement par celle des dotations de la branche AT-MP, qui constituent l'essentiel (96 % en 2009) de ses produits. Cette dotation est passée de 800 millions d'euros en 2007 à 880 millions d'euros en 2009 pour compenser la perte de la contribution à la charge des entreprises. Les droits sur la consommation des tabacs constituent l'autre ressource principale du fonds et s'élèvent à 31 millions d'euros en 2009. Il convient de souligner que le FCAATA a enregistré, au titre de 2009, un produit d'environ 3 millions d'euros au titre des opérations d'inventaire liées au recouvrement de la contribution à la charge des entreprises, produit qui ne sera évidemment pas reconduit en 2010.

En 2009, le fonds s'est encore rapproché de l'équilibre avec un déficit limité à 11 millions d'euros. Ce déficit s'est considérablement réduit, dans la mesure où il était encore de 91 millions d'euros en 2005, de 118 millions d'euros en 2006 et de 55 millions d'euros en 2007. Toutefois, Mme Marianne Lévy-Rosenwald, présidente du conseil de surveillance du FCAATA a appelé l'attention de votre rapporteur sur la situation préoccupante résultant du fait qu'en résultat cumulé, le fonds présente maintenant plus de 284 millions d'euros non financés et un résultat cumulé négatif devant s'établir à 298 millions d'euros à la fin de l'année. 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 2010, la diminution des effectifs d'allocataires compensant les effets de la revalorisation de l'allocation et les recettes du fonds étant presque stable, le fonds devrait se rapprocher de l'équilibre en 2010 (déficit de - 4 millions d'euros) et l'atteindre en 2011 (excédent de 13 millions d'euros).

Mme Lévy-Rosenwald a indiqué que les prévisions gouvernementales, communiquées lors du dernier conseil de surveillance du FCAATA, faisaient état, à législation constante et effort identique de la branche AT-MP, d'une résorption du déficit cumulé du FIVA à compter de 2017. Dans la mesure où il est vraisemblable que les sorties du dispositif s'accroissent, cette prévision est parfaitement plausible. Néanmoins, votre rapporteur appelle l'attention sur le fait que cette prévision ne prend peut-être pas suffisamment en compte l'impact du projet de loi portant réforme des retraites qui instaure un recul de l'âge légal de la retraite à 62 ans et qui pourrait ainsi entraîner la persistance de déficits sur une période plus longue. D'après les éléments d'information recueillis auprès du ministère du travail, les conséquences de la réforme des retraites pour le FCAATA ont été évaluées à 10 millions d'euros pour 2011 et intégrées dans les charges de la branche AT-MP dans le présent projet de loi.

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 2011.

Il convient de regretter qu'aucune réforme du FCAATA n'ait encore été envisagée, alors même que l'Inspection générale des affaires sociales et l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail ont réalisé, à la suite du rapport Le Garrec « Propositions pour une réforme nécessaire et juste » d'avril 2008, des travaux sur ce thème et que la proposition n° 10 du rapport d'information de M. Guy Lefrand préconisait d'établir une liste de métiers et de secteurs à risque sur la base de travaux d'expert. Par ailleurs, le rapport sur la faisabilité d'une voie d'accès individuelle à l'allocation de cessation anticipée d'activité qui devait être remis avant le 30 septembre 2010, aux termes de l'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, serait toujours en voie de finalisation.

2. Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Le **II** du présent article fixe pour 2011 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 neuvième rapport d'activité du FIVA, couvrant l'année civile 2009, 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 2009, les juridictions administratives et judiciaires ont signalé au FIVA 891 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, 10 % en 2007 et 13,4 % en 2008).

Si les dernières années avaient été marquées par une forte hausse du nombre de recours engagés en contestation des décisions du FIVA, l'année 2009 semble bien confirmer cette tendance, le nombre de dossiers ayant donné lieu à contentieux devant la cour d'appel s'établissant à 1738 (+ 25,7 %). On constate ainsi un niveau élevé des contentieux indemnitaires, liés à la contestation par les victimes des offres d'indemnisation qui leur sont présentées.

En 2009, le FIVA a enregistré un total de 17 883 demandes d'indemnisation, soit en moyenne 1 489 demandes par mois. Cette augmentation de 15,1 % des demandes par rapport à 2008 fait suite à la forte baisse de l'année

dernière (- 39,2 %) mais ne retrouve pas les niveaux de 2007 (25 579 demandes soit + 33,2 % par rapport à l'année 2006) ni les niveaux de 2006 (19 206 demandes).

Il convient toutefois de souligner que l'année 2007 était une année atypique, qui a enregistré un pic de demandes s'expliquant 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 avait 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, pouvait donc 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 avait été repoussée d'un an en raison de l'afflux de dossiers.

Si on ne prend en compte que les seuls nouveaux dossiers⁽¹⁾ (correspondant à de nouvelles victimes qui n'ont encore jamais déposé de demande auprès du FIVA), on constate une certaine stabilité de leur nombre (6 645 en 2009, contre 6 563 en 2008).

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 neuf mois et trois semaines en 2008, alors que cette moyenne était de sept mois et trois semaines en 2007) et de paiement (en moyenne de trois mois et une semaine, alors que cette moyenne était de deux 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⁽²⁾ 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, avait mis en évidence l'existence d'un stock important de demandes en attente de traitement 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

(1) *Le traitement des demandes d'indemnisation s'organise au niveau de l'unité de base que constitue le dossier. A chaque victime directe de l'amiante est associé un dossier qui sert de référence pour tous les traitements ayant trait à ce dossier : y sont ainsi classées la demande initiale de la victimes, les éventuelles demandes complémentaires en cas d'aggravation ainsi que les demandes du ou des éventuels ayants droit.*

(2) *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.*

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 ont 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 font l'objet d'engagements dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens qui a été conclue entre l'État et le fonds.

Pour l'année 2009, les dépenses d'indemnisation ont connu une très faible progression, puisqu'elles se sont élevées à 359,45 millions d'euros, soit un montant proche des dépenses de l'année 2006 (363,6 millions d'euros) mais inférieures à 2008 (394,6 millions d'euros)

Trois postes expliquent cette évolution :

– les dépenses correspondant aux offres formulées par le FIVA et acceptées sont passées de 224 millions d'euros en 2008 à 199 millions d'euros en 2009 (- 11 %) ;

– le montant des offres formulées les années antérieures à 2009, mais acceptées en 2009, a nettement décri de 13 %, passant de 93 millions d'euros en 2008 à 81 millions d'euros :

– les compléments versés suite à des décisions de cour d'appel ont faiblement baissé, passant de 44,7 millions d'euros en 2008 à 43,8 millions d'euros en 2009.

Le total cumulé des dépenses d'indemnisation depuis la création du FIVA atteint un montant total de 2,4 milliards d'euros.

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 2010) 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 finances qu'au titre des lois de financement de 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 2009 incluses) au total plus de 2,3 milliards d'euros et se répartissent comme suit :

Ressources du FIVA

Années	Dotations État	Dotations AT/MP	Total Dotations	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
2009	47 500	315 000	362 500	347 500
TOTAL	319 610	2 368 000	2 687 610	2 359 610

* au 31 mai de 2002 à 2006, au 31 décembre à partir de 2007

Source : FIVA.

Les dotations de l'État sont versées chaque année en totalité au fonds, alors que les dotations de la branche AT-MP 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 2010 prévoit que les dépenses d'indemnisation du fonds devraient progresser en 2010 d'environ 15 % pour se situer autour de 483 millions d'euros. Un déficit d'environ 80 millions d'euros pourrait donc être constaté en 2010, financé par un prélèvement sur le fonds de roulement du FIVA. D'après le même rapport, « en 2011, en raison d'un nombre d'offres aux victimes plus important, le déficit du fonds pourrait être plus élevé qu'en 2010 et atteindrait 180 millions d'euros, ce qui conduirait à épuiser les excédents cumulés par le FIVA depuis 2001 ».

Les comptes du FIVA

en millions d'euros

	2007	2008	%	2009	%	2010 (p)	%	2011 (p)	%
CHARGES	356	424	19 %	424	0 %	490	16 %	600	22 %
Indemnisations (dont provisions)	350	416	19 %	418	%	483	16 %	592	23 %
Autres charges	6	8	27 %	6	-26 %	7	17 %	8	14 %
PRODUITS	402	419	4 %	418	0 %	414	- 1 %	416	0,5 %
Contribution de la CNAM AT-MP	315	315	0 %	315	0 %	315	0 %	315	0 %
Contribution de l'État	48	47	- 1 %	48	2 %	48	0 %	50	4 %
Autres produits (dont reprises sur provision)	39	57	45 %	55	- 3 %	51	- 7 %	51	0 %
Résultat net	45	- 6		- 6		- 76		- 184	
Résultat cumulé depuis 2001	306	300	- 2 %	294	- 2 %	218	- 26 %	34	- 84 %

Source : Direction de la sécurité sociale.

Compte tenu de ces éléments et de l'existence d'un fonds de roulement estimé à 218 millions d'euros fin 2009, le présent article prévoit pour 2011 une contribution de la branche AT-MP au FIVA de 340 millions d'euros (contre 315 millions en 2010, soit une augmentation de près de 8 %).

Cette contribution prend en compte l'impact financier de la modification des règles de prescription des actions en indemnisation devant le FIVA (*cf. supra* à l'article 49), dont le montant est estimé à 25 millions d'euros pour 2011 d'après l'étude d'impact jointe au présent projet de loi.

*

La Commission adopte l'article 52 sans modification.

Article 53

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2011

L'article LO 111-7-1 du code de la sécurité sociale 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* ».

Le présent article fixe donc, pour 2011, à 13 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 11,6 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 pour 2011 se déroule en trois étapes :

– les comptes prévisionnels 2011 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 ; cette 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. Il s'agit principalement du versement de compensation du régime général vers le régime des salariés agricoles (104 millions d'euros) et le régime des mines (402 millions d'euros), de la contribution du régime général au FCAT (26 millions d'euros) et de la contribution des régimes agricoles au FCATA (66 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 qui sont chargés de verser des majorations de rentes attribuées avant la mise en place des régimes AT-MP actuels, voient le nombre de leur allocataires s'étendre.

Construction de l'objectif de dépenses de la branche AT-MP

(en milliards d'euros)

Dépenses AT-MP de l'ensemble des régimes	14,3	dont 12,2 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 - 0,53 de reprises sur provisions pour prestations et charges techniques ; - 0,15 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	13	dont 11,6 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 2011 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 53 **sans modification**.*

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

(par ordre chronologique)

- **Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)** – Mme Marianne Lévy-Rosenwald, présidente du comité de surveillance
- **Syndicat des médecins libéraux (SML)** – Dr Christian Jembrun, président, et Dr Roger Rua, secrétaire général
- **Fond d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)** – M. Pierre Sargos, président, et Mme Huguette Maus, directrice
- **Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)** – M. Alain Bergeau, président, et M. Cyrille Pernot, responsable de la communication et des relations institutionnelles
- **Générale de santé** – M. Frédéric Rostand, président du directoire, et M. Marc-David Seligman, directeur des relations institutionnelles
- **Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)** – M. Denis Piveteau, président, et M. Jean-Philippe Vinquant, secrétaire général
- **Fédération des médecins de France (FMF)** – M. Jean-Claude Régi, président, MM. Claude Bronner et Jean-Paul Hamon, coprésidents d'Union généraliste et M. Djamel Dib, président de la Fédération des médecins spécialistes de France
- **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)** – M. Michel Chassang, président, Dr Jean-François Rey, président de l'Union nationale des médecins spécialistes confédérés (UMESPE), et Dr Michel Combier, président de l'Union nationale des omnipraticiens de France (UNOF)
- **Mutualité française** – M. Jean-Martin Cohen Solal, directeur général, et M. Vincent Figureau, directeur des affaires publiques, et Mme Agnès Bocognano, directrice des garanties mutualistes et de l'assurance santé
- **LEEM Les entreprises du médicament** – M. Christian Lajoux, président, M. Philippe Lamoureux, directeur général, et M. Claude Bougé, directeur général adjoint
- **Fédération hospitalière privée (FHP)** – M. Jean-Loup Drousset, président, M. Philippe Burnel, délégué général, M. Lamine Gharbi, président de la Fédération hospitalière privée médecine chirurgie obstétrique (FHF MCO), M. Olivier Drevon, président de l'Union nationale des cliniques psychiatriques privées (UNCPSY), M. Théodore Amarantinis, délégué

général de la Confédération des soins de suite et de réadaptation (CSSR), et **Mme Mélanie Belsky**, directrice des relations institutionnelles

- **Fédération hospitalière de France (FHF)** – **M. Gérard Vincent**, délégué général, **M. Yves Gaubert**, responsable du pôle finances, et **M. Jérémie Secher**, directeur de cabinet
- **Commission des AT-MP de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** – **M. Stéphane Seiller**, directeur des risques professionnels
- **Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)** – **M. Bernard Spitz**, président, **M. Jean-François Lequoy**, délégué général, **M. Alain Rouché**, directeur santé, **M. Gérard Méneroud**, président de la commission plénière des assurances de personnes, **M. Jean-Paul Laborde**, conseiller parlementaire, et **Mme Ludivine Azria**, attachée parlementaire
- **Comité économique des produits de santé (CEPS)** – **M. Noël Renaudin**, président
- **Conseil national de l'ordre des pharmaciens** – **Mme Isabelle Adenot**, présidente, **M. Jean-Charles Rochard**, secrétaire général, et **Mme Catherine Lossois**, attachée parlementaire
- **Fonds CMU** – **M. Jean-François Chadelat**, directeur
- **Conseil national de l'ordre des sages femmes** – **Mme Marie-Josée Keller**, présidente, **Mme Marie-Cécile Moulinier**, secrétaire générale, et **Mme Marianne Benoit Truong Canh**, conseillère
- **Union des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (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
- **Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM)** – **M. Fabrice Henry**, président, et **M. Vincent Chevrier**, secrétaire général
- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)** – **M. Yves-Jean Dupuis**, directeur général, et **M. David Causse**, directeur du secteur sanitaire et coordinateur du pôle santé-social
- **MG France** – **M. Claude Leicher**, président
- **Haute autorité de santé (HAS)** – **Pr Laurent Degos**, président, **M. François Romaneix**, directeur, et **M. Étienne Caniard**, président de la commission « Qualité et diffusion de l'information médicale »

Ont fait parvenir une contribution écrite :

- **Union nationale des professions de santé (UNPS) – M. Alain Bergeau,** président, et **M. William Joubert,** secrétaire général